

**Erfahrungen blinder und sehbehinderter Patienten im ambulanten  
Gesundheitssystem - eine qualitative Befragung von Blinden und  
Sehbehinderten**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Katja Hebestreit**

**geboren am 15.08.1986 in Jena**

## Gutachter

1. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena
2. PD Dr. Ulrich Wedding, Jena
3. Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich, Greifswald

Tag der öffentlichen Verteidigung: 15.01.2019

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Zusammenfassung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Theoretische Einbettung.....</b>	<b>5</b>
3.1 Begriffsdefinition Blindheit/ Sehbehinderung .....	5
3.2 Statistische Daten .....	6
3.3 Kommunikation mit Blinden und Sehbehinderten .....	10
3.4 Bauliche Aspekte in der Arztpraxis .....	12
<b>4. Zielstellung.....</b>	<b>16</b>
4.1 Erfahrungen und Probleme der Blinden und Sehbehinderten im Rahmen des Arztbesuches .....	16
4.1.1 Welche Besonderheiten gibt es bei der Organisation des Arztbesuches? .....	16
4.1.2 Sind die baulichen Gegebenheiten der Praxis an die Bedürfnisse Sehbehinderter angepasst?.....	16
4.1.3 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Praxisteam?.....	16
4.1.4 Welche weiteren Kriterien beeinflussen die medizinische Versorgung? .....	17
4.1.5 Verbesserungsvorschläge .....	17
<b>5. Methoden.....</b>	<b>18</b>
5.1 Begründung der Anwendung des qualitativen Verfahrens .....	18
5.2 Auswahl der Stichprobe .....	18
5.3 Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien.....	20
5.4 Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews.....	20
5.5 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring .....	22
<b>6. Ergebnisse .....</b>	<b>25</b>
6.1 Erfahrungen und Probleme der Blinden und Sehbehinderten im Rahmen des Arztbesuches .....	25
6.1.1 Welche Besonderheiten gibt es bei der Organisation des Arztbesuches? .....	25
6.1.2 Sind die baulichen Gegebenheiten der Praxis an die Bedürfnisse Sehbehinderter angepasst?.....	29
6.1.3 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Praxisteam?.....	32
6.1.4 Welche weiteren Kriterien beeinflussen die medizinische Versorgung? .....	40
6.1.5 Verbesserungsvorschläge .....	49

<b>7. Diskussion .....</b>	<b>57</b>
7.1 Bezug zur Fragestellung.....	57
7.2 Methodische Diskussion .....	57
7.2.1 Gütekriterien.....	57
7.2.2 Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung.....	59
7.3 Diskussion der Ergebnisse .....	63
7.4 Entwicklung eines Unterrichtsmoduls .....	80
<b>8. Schlussfolgerung.....</b>	<b>85</b>
<b>9. Ausblick.....</b>	<b>87</b>
<b>11. Anhang .....</b>	<b>92</b>
11.1 Einverständniserklärung.....	92
11.2 Interviewleitfaden.....	93
11.3 Beispiel für die Kategorienbildung .....	95
11.4 Danksagung.....	96
11.5 Tabellenverzeichnis.....	97
11.6 Abbildungsverzeichnis .....	97
11.7 Ehrenwörtliche Erklärung .....	98

## **Abkürzungsverzeichnis**

AMD- Altersbedingte Makuladegeneration

AoM- Ambulant-orientierte Medizin

CWF- Commonwealth Fund

DAISY- Digital Accessible Information System.

DBSV- Deutscher Blinden- und Sehbehinderten Verband e.V.

FSU- Friedrich-Schiller-Universität

GEDA- Gesundheit in Deutschland aktuell

KoM- Klinik-orientierte Medizin

NW- Nebenwirkung/en

TBSV- Blinden- und Sehbehindertenverband Tirol

WHO- World Health Organization

## **1. Zusammenfassung**

In der folgenden Zusammenfassung werden die wesentlichen Aussagen dieser Dissertationsarbeit im Bereich der Ausbildungsforschung dargestellt.

### **Hintergrund:**

Die vorhandene Literatur weist auf die Schwierigkeiten von blinden und sehbehinderten Patienten beim Arztbesuch hin und bietet Lösungsvorschläge. Jedoch fehlt es an Studien, ob und wie auf die Bedürfnisse von Blinden und Sehbehinderten in der Praxis eingegangen wird. Aufgrund der geringen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik erfolgte der Entschluss, sich damit im Rahmen der Dissertationsarbeit näher zu beschäftigen.

### **Fragestellungen und Ziele:**

Es sollte herausgefunden werden, welche Erfahrungen und Probleme Blinde und Sehbehinderte im Rahmen des Arztbesuches gemacht haben und ob und in welchen Bereichen Probleme aufgetreten sind. Ziel dabei war, die Entwicklung eines Unterrichtsmoduls auf Grundlage der gewonnenen Daten.

### **Methodik:**

Die Stichprobe dieser Dissertationsarbeit umfasste acht Späterblindete und stark Sehbehinderte über 18 Jahre. Die qualitative Untersuchung wurde mit halbstandardisierten Interviews durchgeführt und nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

### **Ergebnisse und Diskussion:**

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Erfahrungen der Befragten blinden und sehbehinderten Studienteilnehmer in den Bereichen: a) bauliche Gegebenheiten, b) Kommunikation, c) Informationsbeschaffung und d) Medikamentenverschreibungen.

Zu a) Die baulichen Gegebenheiten der Praxis sind nicht an die Bedürfnisse der Blinden und Sehbehinderten angepasst. Fehlende Kontraste und schlechte Lichtverhältnisse erschweren die Orientierung. Zu b) Es konnte die Hypothese aufgestellt werden, dass das **Praxisteam** unsicher im Umgang (z.B. Kommunikation, Führen) mit der speziellen Patientengruppe ist. Informationen von Seiten des **Arztes** wurden als kurz, knapp und ausreichend empfunden. Zudem stehen zwischenmenschliche Beziehungen bei der Arztsuche im Vordergrund.

Zu c) Die Informationssuche wird als schwierig empfunden. Als Hauptgrund wird eine fehlende Barrierefreiheit des Internets angegeben. Zu d) Den Überblick über verschiedene Medikamente behalten die Befragten meist problemlos durch unterschiedliche Packungsgröße und Tablettenform. Eine Aufklärung über NW findet selten statt.

Verbesserungen sind im Bereich der Kommunikation, bei der Informationssuche und bei der Anpassung der baulichen Aspekte auf die Bedürfnisse von Blinden und Sehbehinderten gewünscht.

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs konnten keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Wünschenswert wäre es daher, die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie in quantitativen Untersuchungen unter Einbeziehung einer größeren Probandenanzahl zu überprüfen.

### **Schlussfolgerungen:**

Aufgrund der gewonnen Ergebnisse wäre es wünschenswert die Kriterien und Aspekte zur Gestaltung einer barrierefreien Praxis auch umzusetzen, um Blinden und Sehbehinderten eine selbstständige Orientierung zu ermöglichen. Schulungsprogramme für das Praxisteam sind eine gute Möglichkeit Sicherheit im Umgang mit der speziellen Patientengruppe zu erlangen. Das angebotene Wahlfach soll dabei helfen diese Punkte zu verbessern.

## 2. Einleitung

*„Die Bewegungen der Mimik enthüllen die Gedanken und Absichten eines Menschen mehr als Worte“ (Charles Darwin, 1877).*

Darwin war einer der ersten, der den nonverbalen Ausdruck von Gefühlen bei Mensch und Tier eingehend studiert und beschrieben hat. In der Tat ist die Mimik heute das wissenschaftlich am besten untersuchte Feld im Bereich der nonverbalen Kommunikation (Eiler, 2013).

Al Weckert schreibt dazu: Das Erkennen von Mimik und Körpersprache ist aus meiner Sicht die wichtigste Grundfähigkeit in der Kommunikation. Mimik und Körpersprache stellen auf unverfälschte Art und Weise zwischenmenschliche Verbindung her. Sie sind das machtvollste Hilfsmittel beim Verstehen der Gefühle und Bedürfnisse unserer Mitmenschen. Das Spiegeln von Gesichtsausdrücken ist die erste Sprache, die wir als Baby erlernen (Eiler, 2013 zitiert nach Al Weckert).

Die Augen sind eines der wichtigsten Sinnesorgane. Etwa 2/3 aller wichtigen Informationen werden durch das Sehsystem aufgenommen. Vor allem mithilfe der Sehkraft orientieren sich Menschen im Raum und erkennen Hindernisse und Unfallgefahren. Außerdem dient das Sehen der Kommunikation. Das gilt für die Aufnahme gedruckter Informationen, aber auch für die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen. Denn Kommunikation vollzieht sich nicht nur über das Gehör und die taktile Wahrnehmung. Erst die Sicht auf die Dinge erlaubt es uns zum Beispiel zu erkennen, wenn die Bedeutung einer Aussage im Widerspruch zur Gestik und Mimik eines Gesprächspartners steht (Faust & Sandner, 2010).

Damit hat die Erblindung oder die Einschränkung des Sehvermögens erhebliche seelische, psychosoziale und körperliche Auswirkungen auf die Patienten. Bedeutsame Faktoren, die einen Einfluss auf die Kohärenz haben, hängen von Erblindungszeitraum, Persönlichkeitsstruktur, dem geistigen Niveau und dem Umfeld der Betroffenen ab (Faust & Sandner, 2010).



Die vorliegende Dissertation befasst sich mit den Sichtweisen und Erfahrungen Blinder und sehbehinderter Menschen.

Bei der Literaturrecherche fällt auf, dass es eine breite Menge an Informationsbroschüren, Flyern und Internetseiten zum Thema „Barrierefreie Arztpraxen“ und „Kommunikation mit Blinden“ gibt. Auch die Probleme beim Arztbesuch finden Beachtung. Doch wie gelingt die Umsetzung in der Realität? Wie empfinden Sehbehinderte die Einrichtung der Praxis, die Kommunikation mit dem Arzt sowie den Arzthelfer/innen? Diese Fragen finden bislang wenig Beachtung. Vor allem Forschungsergebnisse im deutschsprachigen Raum sind gering vorhanden.

Aufgrund dessen erfolgte die Erhebung und Auswertung dieser Dissertation nach der qualitativen Methode. Da die Gesamtstichprobe klein ist, können keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Ziel ist deshalb die Formulierung von Hypothesen mittels halbstandardisierter Interviews mit Betroffenen.

Von besonderem Forschungsinteresse ist, welche Probleme Sehbehinderte beim Arztbesuch haben und welche individuellen Erfahrungen sie dabei gemacht haben. Zudem soll untersucht werden, welche Lösungsvorschläge die Patientengruppe für ihre Probleme als sinnvoll und umsetzbar erachtet. Des Weiteren soll ein Unterrichtsmodul entwickelt werden, das Studierende der Humanmedizin an der FSU Jena im Rahmen der neigungsorientierenden Linie als wahlobligatorisches Angebot belegen können. Ziel ist es dabei auf die Probleme der speziellen Patientengruppe aufmerksam zu machen und die Studierenden für eine möglicherweise spätere Praxisgründung für bauliche und kommunikative Besonderheiten zu sensibilisieren und ihnen Tipps zur Umsetzung der verschiedenen Aspekte an die Hand zu geben.

Die vorliegende Dissertationsarbeit soll wissenschaftliche Erkenntnisse liefern, die dazu beitragen, die Ausbildung der Studierenden in der Leitlinie „Ambulant orientierte Medizin“ in betriebsorganisatorischen und persönlichkeitsorientierenden Settings zu verbessern.

Die gewonnenen Daten werden unter Anwendung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015).

### **3. Theoretische Einbettung**

#### **3.1 Begriffsdefinition Blindheit/ Sehbehinderung**

Die vom Gesetzgeber vorgegebene Definition von Blindheit wird sowohl vom LVR als auch von den Versorgungsämtern verwandt. Blind im Sinne des deutschen Gesetzgebers ist, ausgehend von einer normalen Sehschärfe von 1,0 (100%) jemand, dessen Sehschärfe des besseren Auges nicht mehr als 0,02 beträgt oder eine gleich zu achtende Sehstörung vorliegt (Finger, Bertram, & Wolfram, 2012).

Hochgradige Sehbehinderung ist nicht gesetzlich geregelt und besteht bei einem Visus im Bereich von 0,03 bis 0,05 oder einer gleichwertigen Einschränkung wie zum Beispiel einem besseren Visus in Kombination mit ausgeprägter Gesichtsfeldeinschränkung (Finger, Bertram, & Wolfram, 2012).

Die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheiden 5 Stufen der Sehbeeinträchtigung.

Stufe 1 nach WHO bedeutet das Sehvermögen ist kleiner/gleich 30% (Visus 0,3)

Stufe 2 nach WHO bedeutet das Sehvermögen ist kleiner/gleich 10% (Visus 0,1)

Im Bundessozialhilfegesetz entsprechen die ersten beiden Stufen dem Begriff „Sehbehinderung“. Man spricht auch von Sehschwäche/ Sehbehinderung.

Stufe 3 nach WHO bedeutet ein Sehvermögen von kleiner/gleich 5% (Visus 0,05)

Im Bundessozialhilfegesetz entspricht diese Stufe dem Begriff „hochgradige Sehbehinderung“.

Stufe 4 nach WHO bedeutet ein Sehvermögen von kleiner/gleich 2% (0,02)

Diese Stufe entspricht in Deutschland der praktischen oder “gesetzlicher Blindheit“. Blindheit beginnt nach der WHO bei einem Sehvermögen von 5% und weniger.

Stufe 5 nach WHO bedeutet fehlende Wahrnehmung von Lichtschein, d.h. absolute Blindheit.

Der Begriff Sehbehinderung ist nicht durch eine einheitliche Definition der Schwere einer Behinderung gekennzeichnet. Zudem gibt es verschiedene Ausprägungen bzw. Arten von Sehbehinderung, die in einem breiten Spektrum liegen. Dabei ist die Schwere der Schädigung abhängig von verschiedenen Parametern, wie Visus und Gesichtsfeld. Dazu kommt das individuelle Erleben der Beeinträchtigung. Für Sehende ist es deshalb schwer einzuschätzen, worin die Behinderung liegt und wo und wie viel Unterstützung die betreffende Person benötigt (Schulze, 2003).

Für die objektiven Auswirkungen eines Sehverlusts kommt es zunächst darauf an, ob er schon in jungen Jahren, im mittleren oder erst im höheren Alter eingetreten ist; denn je früher jemand ihn erleidet, desto leichter kann er sich im Allgemeinen auf das Leben mit der Behinderung einstellen (Schulze, 2003).

Im Übrigen hängen die Auswirkungen eines Sehverlusts nicht nur von seiner Art und seinem Schweregrad, sondern auch davon ab, wie jemand das, was er gerade noch erkennt, aus seiner Seherinnerung ergänzt und dann interpretiert. Weiter von seinen Persönlichkeitsmerkmalen und Charaktereigenschaften, die einem die Last der Sehschädigung verhältnismäßig leicht oder sehr schwer machen können. Von Bedeutung sind auch der Gesundheitszustand, die wirtschaftliche Lage und die Verkehrsanbindung seiner Wohnung (Schulze, 2003).

### **3.2 Statistische Daten**

In Deutschland gibt es kein nationales Blindenregister. Blinde und sehbehinderte Menschen werden in Deutschland nicht gezählt. Dabei wäre empirisch erhobenes Zahlenmaterial zur Planungssicherheit in z.B. Augenmedizin und in der Blindenbildung, besonders im Bereich der Sehbehinderung, in dem die Zahlen seit Jahren ansteigen, wichtig (DBSV, Zahlen und Fakten, 2017).

Die vom Ministerium für Gesundheit der DDR veröffentlichten Zahlen wurden auf Basis der Statistik der Blindengeldempfänger berechnet. Blinde Menschen, die kein Blindengeld beantragt hatten, wurden von dieser Statistik nicht erfasst.

Nach der Wiedervereinigung wurden die DDR-Zahlen per Dreisatz auf ganz Deutschland hochgerechnet. Die Zahl der Sehbehinderten wurde per Multiplikation ermittelt - auf Basis

des Erfahrungswertes, dass auf drei blinde ca. zehn sehbehinderte Menschen kommen. So entstanden folgende Zahlen: In Deutschland lebten Anfang der 1990er Jahre

- ca. 150.000 blinde Menschen
- ca. 500.000 sehbehinderte Menschen

In Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Italien und den Niederlanden werden blinde und sehbehinderte Menschen anders als in Deutschland gezählt. Die Auswertung der Erhebung durch die World Health Organization (WHO) bezogen auf das Jahr 2002 kam zu den Ergebnissen, die 2004 veröffentlicht wurden (Resiknoff, et al., 2002).

Laut WHO ist in den oben genannten Ländern von 1990 bis 2002 die Zahl der sehbehinderten Menschen um 80 Prozent gestiegen, eine ähnliche Entwicklung muss auch für Deutschland angenommen werden. Ursächlich wird die demografische Entwicklung und ein höheres Risiko vor allem für Frauen auf Grund der gestiegenen Lebenserwartung vermutet. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass durch eine verbesserte augenärztliche Versorgung und auch Früherkennung die Prävalenz der Sehbehinderung in Deutschland seit ca. 1997 gesenkt werden konnte (Finger, Bertram, & Wolfram, 2012).

Prof. Bernd Bertram hat die WHO-Zahlen ausgewertet und Rückschlüsse auf die Situation in Deutschland gezogen. Danach gab es im Jahr 2002 in Deutschland ca. 1,2 Millionen sehbehinderte und blinde Menschen (Bertram, 2005).

Direkt in Deutschland ermittelte Daten liegen nur in einzelnen Bundesländern vor. Der größte Datenbestand befindet sich im Blindengeldarchiv des Landschaftsverbands Rheinland (LVR). Die WHO hat auf dieser Grundlage die Zahlen auf Deutschland übertragen. So gab es im Jahr 2002 rund 164.000 blinde Menschen und 1.066.000 Sehbehinderte in der BRD.

Zahlen für Thüringen können ebenfalls nur mit Hilfe der Beantragung des Landesblindengeldes erhoben werden. In Thüringen gibt es laut Taubert 4800 Blinde, von denen 4300 im Jahr 2010 Landesblindengeld erhielten (Thüringer Allgemeine, 2010). Allerdings scheint die Dunkelziffer höher zu liegen, da aus verschiedenen Gründen kein Blindengeld beantragt wird. Dabei handelt es sich zum Beispiel um hochbetagte Senioren und Pflegebedürftige in unterschiedlichen Einrichtungen (DBSV, Zahlen und Fakten, 2017).

Informationen zur Alters- und Geschlechtsstruktur liefert das Zentrum Bayern Familie und Soziales. So veröffentlichte dieses im Jahr 2015 eine Tabelle zur Alters- und Geschlechtsstruktur der blinden Menschen, die Leistungen nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz erhalten. So erhielten in Bayern bis Ende 2015 13661 Personen Blindengeld. Davon waren fast 2/3 (63 %) der Blindengeldempfänger über 65 Jahre und älter. 41% waren 80 Jahre und älter. Weiblichen Geschlechts waren 75% der Leistungsempfänger (BBSB, 2016).

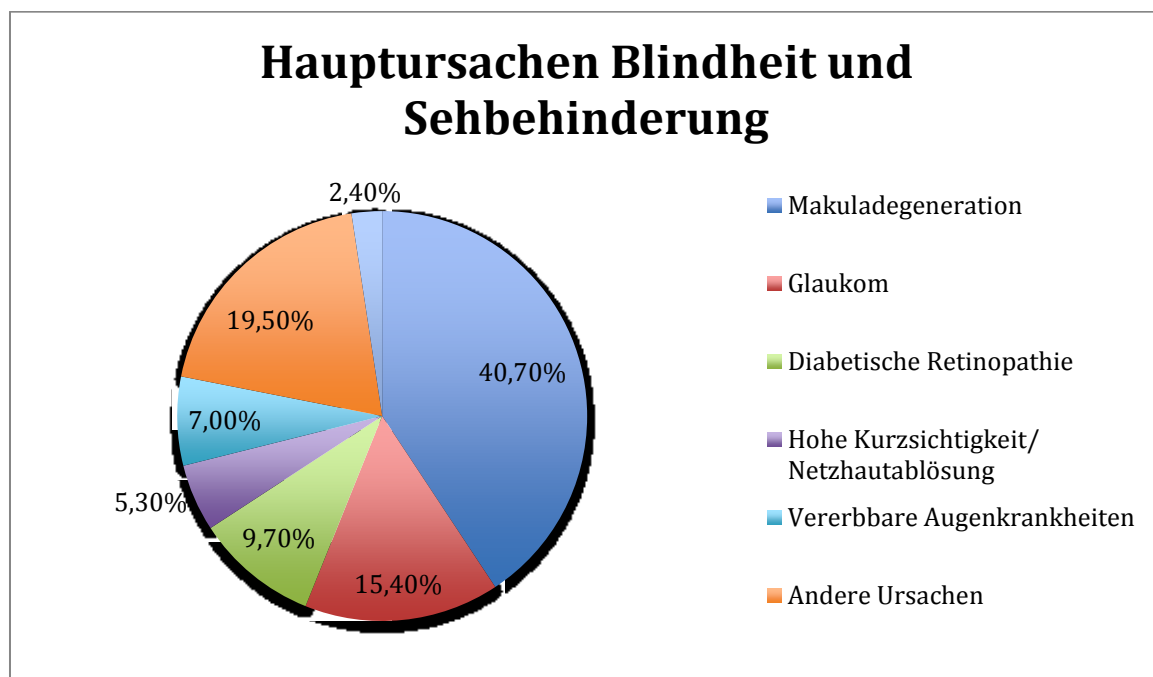


Abb. 1: Hauptursachen von Blindheit und Sehbehinderung

Abbildung 1 zeigt die Hauptursachen von Blindheit und Sehbehinderung (Finger, Bertram, & Wolfram, 2012). Die altersabhängige Makuladegeneration ist die häufigste Ursache für Blindheit und Sehbehinderung mit ca. 4,5 Millionen Betroffenen in Deutschland. Das Risiko für eine AMD steigt mit zunehmendem Alter von 8,5 % bei Menschen zwischen 43 und 54 Jahren auf bis zu 30 % bei über 75-Jährigen. Des Weiteren spielen das Geschlecht (höhere Prävalenz für Frauen), die Vererbung und auch verschiedene Umweltfaktoren bei der Krankheitsentstehung eine Rolle (MIAMED, 2017). Da es für die trockene AMD derzeit keine Therapieoptionen gibt und die Bevölkerung immer älter wird, kann von einer weiteren Zunahme der Prävalenz durch die Krankheit ausgegangen werden. Für die feuchte AMD stehen zwar Therapieoptionen wie die VEGF- Therapie zur Verfügung allerdings beträgt die

Wahrscheinlichkeit innerhalb von 5 Jahren auf dem anderen Auge an einer feuchten AMD zu erkranken 45% (MIAMED, 2017).

Das Glaukom ist nach der AMD die zweithäufigste Ursache für die Erblindung Erwachsener in Deutschland. So sind 8 Millionen Menschen in Deutschland Glaukom-gefährdet, 800.000 erkrankt, bei 80.000 besteht die Gefahr der Erblindung durch das Glaukom (MIAMED, 2017).

In Deutschland ist die häufigste Erblindungsursache unter den Erwerbstätigen die diabetische Retinopathie. Etwa 90% der Typ I Diabetiker und 25% der Typ II Diabetiker entwickeln nach spätestens 15 Jahren eine Retinopathie. Eine weitere Zunahme der Erblindungen durch diabetische Augenerkrankungen kann durch eine steigende Diabetesprävalenz in den Industrieländern aufgrund des zunehmenden Übergewichts und eine Zunahme der Alterung angenommen werden. Auch durch eine verbesserte Diabetestherapie und augenärztliche Kontrollen wird der Anstieg nur teilweise verhindert werden können (MIAMED, 2017).

Zusammenfassend gibt es in der Literatur verschiedene Aussagen zur Prävalenz der Erblindung. So hat, laut dem Deutschen Ärzteblatt, 2012, die Prävalenz von Blindheit und Sehbehinderung in den letzten zehn Jahren trotz Bevölkerungsalterung in Deutschland leicht abgenommen, was unter anderem durch eine bessere augenärztliche Versorgung zu erklären ist (Finger und Bertram und Wolfram 2012).

Die Ergebnisse der Studie GEDA 2012 berichtet im Vergleich zu GEDA 2009 von einem Anstieg des Anteils von Personen mit leichten Sehschwierigkeiten von 16,5 % auf 19,4%. Allerdings blieb der Anteil derjenigen mit großen Sehschwierigkeiten oder vollständigem Sehverlust stabil (Finger, Bertram, & Wolfram, 2012). Auf Basis der Daten der Schwerbehindertenstatistik konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz von Erblindung und Sehbehinderung trotz Bevölkerungsalterung in den letzten zehn Jahren in Deutschland sogar leicht abgenommen hat. Begründet wird dies durch die verbesserte allgemein- und augenärztliche Versorgung (RKI, 2012).

Die WHO ermittelte im Vergleich zwischen 1990 und 2002 in den entwickelten Ländern einen nur moderaten Anstieg der Blinden um 9% und einen erheblichen Anstieg der

Sehbehinderten um 80% und begründet den Anstieg trotz verbesserter augenärztlicher Versorgung mit einer höheren Lebenserwartung der Bevölkerung (Betram, 2005).

Insgesamt kann in Anbetracht der demografischen Entwicklung von einem mindestens gleichbleibenden Versorgungsbedarf bei Sehbeeinträchtigungen ausgegangen werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass etwa 1,5% der deutschen Bevölkerung von Blindheit und Sehbehinderung betroffen sind.

### **3.3 Kommunikation mit Blinden und Sehbehinderten**

Paul Watzlawick sagt: „Wir können nicht nicht kommunizieren. Kommunikation findet immer statt, wo Menschen als soziale Wesen zusammen sind. Unser Körper verrät uns“ (Watzlawick, 2016).

Wir kommunizieren im Kontakt mit anderen Menschen auf zwei Ebenen verbal und nonverbal, direkt und indirekt. Dabei wird der verbale Kanal vor allem für den Austausch von Informationen genutzt, während der nonverbale Kanal zwischenmenschliche Beziehungen regelt.

Körpersprache ist schwerer bewusst zu beherrschen als verbale Sprache, daher sind die Signale der Körpersprache „echter“. Die Signale werden unbewusst ausgesandt und können nicht oder nur schwer von unserem Willen gesteuert werden.

7-38-55- Regel: Diese Regel bezieht sich auf die Studien des amerikanischen Psychologen Albert Mehrabian. Danach ist zu 7% der Inhalt einer Aussage, zu 38% die Stimme und zu 55% die Mimik verantwortlich dafür, wie wir bei inkongruenten Botschaften auf eine Aussage reagieren (Eiler, 2013 zitiert nach Albert Mehrabian). Dies bedeutet für Blinde und Sehbehinderte, dass sie keine Erfahrung damit haben, wie ihre eigenen nonverbalen Signale wirken und von ihrem Kommunikationspartner wahrgenommen werden.

Eine Sehschädigung wirkt sich auf unterschiedliche Art und Weise aus. Dabei muss bedacht werden, dass die nonverbale Kommunikation gar nicht oder nur erschwert interpretiert werden kann. Somit ist es für Sehbehinderte und Blinde schwierig zwischenmenschliche Beziehungen zu erkennen. Sie können sich fast nur auf die verbale Kommunikation verlassen. Ihnen fehlt ein wichtiger Aspekt der Kommunikation, woraus sich verschiedene Probleme ergeben.

Fragt man Späterblindete und Sehbehinderte, in welchen Bereichen ihr Leben durch ihre Behinderung erschwert ist, werden folgende Punkte immer wieder genannt:

- Kommunikationsprobleme mit Sehenden auf Grund mangelnden Blickkontakts (Mimik und Gestik der Gesprächspartner können nicht verfolgt werden)
- Probleme in der sozialen Kommunikation (Hemmungen von Sehenden, auf Blinde zuzugehen) (Meyer, 2017)

Bei Arztbesuchen hat der Patient verschiedene Präferenzen, die sich in den Bereichen Kommunikation, Partnerschaft, Gesundheitsförderung, klinische Untersuchungen und Medikamentenverschreibungen darstellen (Little, 2001). In diesen Bereichen kann es vor allem bei Sehbehinderten zu verschiedenen Konflikten in der gegenseitigen Kommunikation kommen. Diese begründen sich meist auf Fehlinterpretationen, Vorurteile, ungenügender Kommunikationstechniken und Verständlichkeit. Die Ursachen liegen meist auf beiden Seiten.

Die Literatur gibt viele Tipps im Umgang mit Blinden/ Sehbehinderte. Nachfolgend werden einige Probleme und Tipps angesprochen, welche in den Broschüren des DBSV und TBSV Beachtung finden.

So ist fehlender Blickkontakt ein großes Problem, da dieser in der Regel einem potentiellen Gesprächspartner signalisiert, dass man sich an ihn wenden will. Mit blinden Menschen muss man sich etwas anderes einfallen lassen (TBSV, 2011).

Kommt der Sehbehinderte mit Begleitperson ist es eigentlich selbstverständlich, die Ansprache nicht an die Begleitung, sondern an den Patienten selbst zu richten. Sachen sollten dem Patienten wieder in die Hand zurück gegeben werden, da Ordnung für Blinde und Sehbehinderte sehr wichtig ist (TBSV, 2011).

Sehbehinderte sollten immer gefragt werden, ob sie weitere Hilfe benötigen (von Dyck, 2017).

Muss der Sehbehinderte irgendwohin begleitet werden, bietet es sich an, ihn zu fragen, wie er geführt werden möchte. Besonders eignet sich der Blindengriff. Auch Körperkontakt muss immer angekündigt werden. Der Beginn und das Ende einer Treppe, Engstellen sowie ob es



die Treppe hinauf oder hinunter geht muss angesagt werden. Zudem ist es für den Sehbehinderten wichtig zu wissen, wohin er gebraucht wird und ihm eine kurze Raumbeschreibung zu geben (TBSV, 2011).

Den Patienten mit Namen anzusprechen und sich selbst mit Namen und Funktion vorzustellen, sollte obligat sein (TBSV, 2011).

Jeder Behandlungsschritt muss angekündigt werden (TBSV, 2011).

Muss etwas unterschrieben werden, sollte auf Diskretion geachtet werden. Das heißt, entweder man gibt dem Sehbehinderten die Chance, dass der Text von einer Vertrauensperson vorgelesen wird oder man kümmert sich um auditive Versionen. Fragebögen sollten niemals im Beisein anderer Patienten ausgefüllt werden (TBSV, 2011).

### **3.4 Bauliche Aspekte in der Arztpraxis**

Wie ist die Arztpraxis zu erreichen? Gibt es ausreichend Parkplätze vor der Praxis oder eine Haltestelle? Gibt es einen Aufzug oder nur Treppen? Wo befinden sich die Toiletten? Das sind Fragen, die sich nicht nur körperlich und geistig Behinderte, sondern auch Ältere, Eltern mit Kinderwagen oder Patienten mit vorübergehenden körperlichen Einschränkungen stellen.

Auch mit Blick auf den steigenden Anteil der Bevölkerung über 60 Jahren, wird Barrierefreiheit immer wichtiger.

Da sich nach Angaben der Stiftung in Deutschland jährlich etwa 10 000 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten neu niederlassen, 8 000 weitere Mediziner den Praxisstandort verlegen und Tausende ihre Arztpraxis umbauen, gibt es viel Gelegenheit, Barrierefreiheit zu integrieren oder zu verbessern (Monning, 2015).

Viele Arztpraxen in Deutschland sind für Menschen mit Behinderungen weiterhin schwer zugänglich. Die Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung sei „noch immer unzureichend“. Dieses Fazit zog Stefanie Woerns, Vorstand der Stiftung Gesundheit, aus einer aktuellen Studie (Stiftung Gesundheit, 2016).

## Vorkehrungen der Barrierefreiheit bei Ärzten in Deutschland

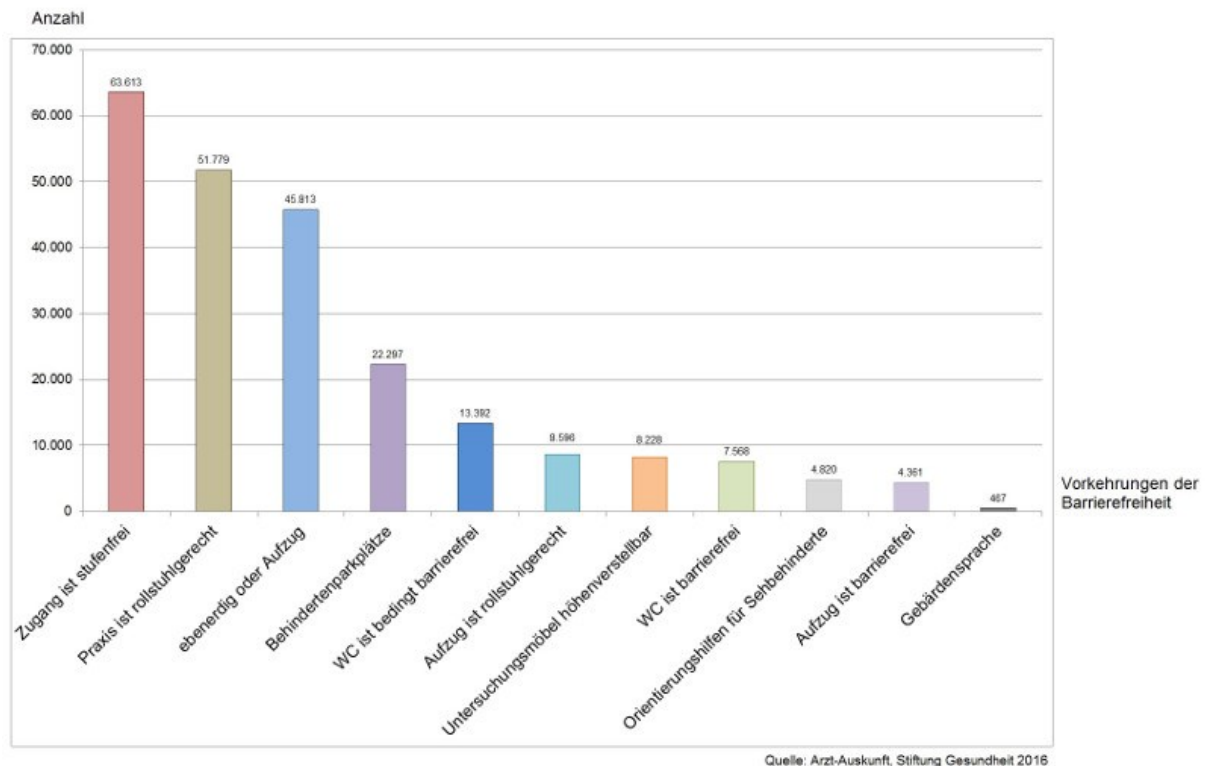


Abb. 2: Vorkehrungen der Barrierefreiheit bei Ärzten in Deutschland (Stiftung Gesundheit, 2016)

Nach Abbildung 2 verfügt etwa ein Drittel der Arztpraxen über eine Vorkehrung der Barrierefreiheit. Die häufigste ist der stufenfreie Zugang. Viele Praxen sind außerdem rollstuhlgerecht, bieten einen Aufzug oder Behindertenparkplätze. Erst auf Platz neun stehen Orientierungshilfen für Sehbehinderte, die 4.820 deutsche Ärzte bieten. Laut KBV gab es im Jahr 2016 129.257 Vertragsärzte (KBV, 2016). Aufgrund dieser Zahl lässt sich sagen, dass nur 11,2% aller Arztpraxen Hilfsmittel für Sehbehinderte bereithalten.

Für die Analyse hat die Stiftung Gesundheit die Angaben von ambulant tätigen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten sowie den medizinischen Versorgungszentren in Deutschland ausgewertet (Stiftung Gesundheit, 2016).

Doch was definiert Barrierefreiheit?

Barrierefreiheit heißt, dass Einrichtungen für alle Menschen nutzbar sind. Um eine Praxis zu besuchen, sollten Patienten nicht auf zusätzliche Hilfe angewiesen sein. Festgeschrieben ist dies in der UN- Behindertenrechtskonvention und im Behindertengleichstellungsgesetz.

Die deutsche Bundesregierung möchte bauliche und kommunikative Barrieren in Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen beseitigen, heißt es in dem 2011 verabschiedeten Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem Titel "Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft". Der nationalen Aktionsplan 2.0 soll niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte dabei unterstützen, ihre Praxen möglichst barrierefrei zu gestalten (Wallenfels, 2016).

Beim Neubau einer Praxis und beim Aus- oder Umbau einer bestehenden Praxis kommt die DIN 18040–1 für barrierefreies Bauen bei öffentlich zugänglichen Gebäuden zur Anwendung. Die konkreten technischen Baubestimmungen für Zugänge, Platzbedarf oder Orientierungshilfen sind in den Bauordnungen der Bundesländer formuliert (Monning, 2015).

Bei Neubauten sind Maßnahmen der Barrierefreiheit leicht von Anfang an zu berücksichtigen. Ab Januar 2015 steht für die ersten Planungsschritte das kostenfreie „Praxis-Tool Barrierefreiheit“ der Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft zur Verfügung (Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V., 2017).

Überlegungen zur Gestaltung der eigenen Arztpraxis beruhen auf ökonomischen, funktionellen und technischen Einflussfaktoren. Darüber hinaus müssen diesen Planungsgrundsätzen die praxisspezifischen Organisationsformen und deren Optimierung zugrunde liegen. Auch die Patientenstruktur unter Einbeziehung physischer, psychischer und sozialer Gegebenheiten im Arzt-Patienten-Verhältnis muss berücksichtigt werden. Vieles lässt sich dabei mit einfachen Mitteln umsetzen. Ziel ist dabei nicht immer die Barrierefreiheit. Eine barrierearme Praxis hilft schon vielen eingeschränkten Patienten. Kriterien der Barrierefreiheit die vor allem für Sehbehinderte eine große Rolle spielen sind laut DBSV:

- große und leicht zu ertastende Klingelknöpfe
- helle, blendfreie Beleuchtung
- Aufzüge mit Stockwerksansage und Schalterbeschriftung in Braille
- ein mit dem Stock tastbares Bodenleitsystem kann die Orientierung für Blinde verbessern
- große, kontrastreiche Beschriftungen in der Praxis sowie Markante, schnörkellose Typographie und die Kombinationen schwarz-weiß, schwarz-gelb, dunkelblau-weiß und dunkelblau-gelb sind zu bevorzugen (Rot-Grün-Blindheit)

- Glastüren deutlich kennzeichnen
- Treppenstufen, Treppenanfänge und Treppenden deutlich markieren, zum Beispiel durch farbige Klebebänder
- Handläufe und Türrahmen die sich farblich von der Wand abheben
- Stolperfallen wie herumliegende Kabel oder verrutschte Teppiche vermeiden
- Lesehilfe oder Lupe bereithalten
- alles Schriftliche (Formulare, Einverständniserklärungen, Informationsblätter) in einer Schriftgröße von mindestens 12 Punkt, große Zeilenabstände und ein klares Schriftbild
- Sitzgelegenheiten sollten überall zu finden sein (Stiftung Gesundheit, 2016)

(DBSV, Kontrastreiche Gestaltung öffentlich zugänglicher Gebäude, 2016) (DBSV, Bodenindikatoren, 2016)

Als grobe Faustformel gilt: Barrierefreiheit MUSS bei Neubauten sein, SOLLTE im Rahmen der Möglichkeiten bei Maßnahmen im Bestand umgesetzt werden und KANN durch kleinere Maßnahmen im laufenden Betrieb realisiert werden (Degenhart, 2014).

## **4. Zielstellung**

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den individuellen Erfahrungen und Problemen Sehbehinderter beim Arztbesuch in der ambulanten Praxis. Ziel soll es sein, einen Vergleich der „Ist“ und „Soll“ Situation im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation darzustellen und aufzuzeigen, wie die barrierefreie Arztpraxis in der Realität umgesetzt wird.

### **4.1 Erfahrungen und Probleme der Blinden und Sehbehinderten im Rahmen des Arztbesuches**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den Erfahrungen und Problemen der untersuchten Probanden beim Arztbesuch. Die Themen ergaben sich aus dem Studium der zum Thema vorhandenen englischsprachigen Literatur, aus eigenen Überlegungen und der Auswertung der qualitativen Daten.

#### **4.1.1 Welche Besonderheiten gibt es bei der Organisation des Arztbesuches?**

Dieser Themenkomplex beschäftigt sich mit der Organisation des Arztbesuches. Es geht darum herauszufinden, wie die Terminvergabe von statten geht und wie die Patienten den Überblick über ihre Termine behalten. Außerdem beschäftigt sich der Themenkomplex mit der Frage, wie die Patienten zur Praxis kommen und wie sie den Zugang zu dieser finden.

#### **4.1.2 Sind die baulichen Gegebenheiten der Praxis an die Bedürfnisse Sehbehinderter angepasst?**

Ein großer Schwerpunkt der Dissertation ist herauszufinden, wie sich die Sehbehinderten in den Praxisräumlichkeiten orientieren können und ob dazu Hilfe durch Dritte notwendig ist.

#### **4.1.3 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Praxisteam?**

Des Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, wie Sehbehinderte die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte empfinden, denn die Arzt-Patienten-Kommunikation hat maßgeblichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und Compliance.

Die Arzthelferin ist oft die erste Ansprechpartnerin des Patienten und organisiert den Arztbesuch. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Arbeit auch mit der Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Praxispersonal.

#### **4.1.4 Welche weiteren Kriterien beeinflussen die medizinische Versorgung?**

Der Themenkomplex beschäftigt sich mit dem Umgang von Medikamenten. Besonders soll die Frage geklärt werden, in wie weit über Nebenwirkungen von Neuverschreibungen aufgeklärt wird und wie die Patienten der Verwechslungsgefahr der verschriebenen Medikation aus dem Weg gehen.

Zudem sollen die Fragen geklärt werden, wie zufrieden die Patienten mit den Informationen durch den Arzt sind und welche Informationsquellen und Hilfsmittel genutzt werden, um an Informationen zu gelangen. Weiterhin soll geklärt werden, ob die Sehbehinderten mit den bestehenden Möglichkeiten zufrieden sind.

Des Weiteren soll herausgefunden werden, was der speziellen Patientengruppe beim Arztbesuch besonders wichtig ist und ob es Unterschiede zu Sehenden gibt.

#### **4.1.5 Verbesserungsvorschläge**

Eine große Frage, mit der sich die Dissertation beschäftigt sind die Verbesserungsvorschläge in den Bereichen der Arzt- Patient- Kommunikation und der Barrierefreien Arztpraxis. Dabei liegt der Schwerpunkt darauf herauszufinden, ob die in der Literatur beschriebenen Tipps und Vorschläge in oben genannten Bereichen in der Realität umgesetzt werden und welche Maßnahmen aus Sicht der Sehbehinderten einfach umsetzbar und hilfreich wären.

## **5. Methoden**

In diesem Kapitel wird dargelegt, welche Methoden angewendet wurden, um die Daten dieser Dissertation zu erheben.

### **5.1 Begründung der Anwendung des qualitativen Verfahrens**

Nach der Literaturrecherche ist bekannt, dass es zwar unzählige Broschüren und Internetseiten gibt, in denen auf die speziellen Bedürfnisse blinder und sehbehinderter Patienten sowie auf mögliche Barrieren in der Arztpraxis und beim Arztbesuch hingewiesen wird, dennoch gibt es keine Forschungsarbeiten, die aufzeigen, ob diese Tipps auch Beachtung finden und ob und wenn ja wie diese umgesetzt werden. Diese Arbeit zeigt keine repräsentativen Ergebnisse, sondern stellt bisher unbekannte Sachverhalte dar. Aus diesem Grund wurde eine qualitative Datenerhebung- und auswertung durchgeführt.

### **5.2 Auswahl der Stichprobe**

Um die Stichprobe festzulegen, war es notwendig, genaue Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. Diese umfassten Späterblindete aus Thüringen über 18 Jahren mit einer Sehbehinderung oder Blinde.

Die Datenerhebung begann im Oktober 2014. Die Zahl der Probanden richtete sich nach dem Sättigungsprinzip, das heißt, wenn keine neuen Erkenntnisse mehr durch die Interviews gewonnen werden können, gilt die Stichprobe als ausreichend.

Die Auswahl der Patienten erfolgte durch private Kontaktpersonen und durch den BVST. Die Kontaktaufnahme mit dem BVST erfolgte per e-mail und einer kurzen persönlichen Vorstellung sowie einer Erläuterung über Ziel und Durchführung der Dissertationsarbeit in den Räumlichkeiten des Verbandes in Weimar. Insgesamt erklärten sich 8 Personen, 2 durch private Kontakte und 6 Mitglieder des BVST, für Interviews bereit.

Die Zusammensetzung der Probanden ergab, dass 75% zur Gruppe der Sehbehinderten, mit einem eingeschränkten Visus unter 0,30 und 25% der Befragten zur Gruppe der vollständig

Späterblindeten gehörten. Alle befragten Sehbehinderten litten unter der altersabhängigen Makuladegeneration.

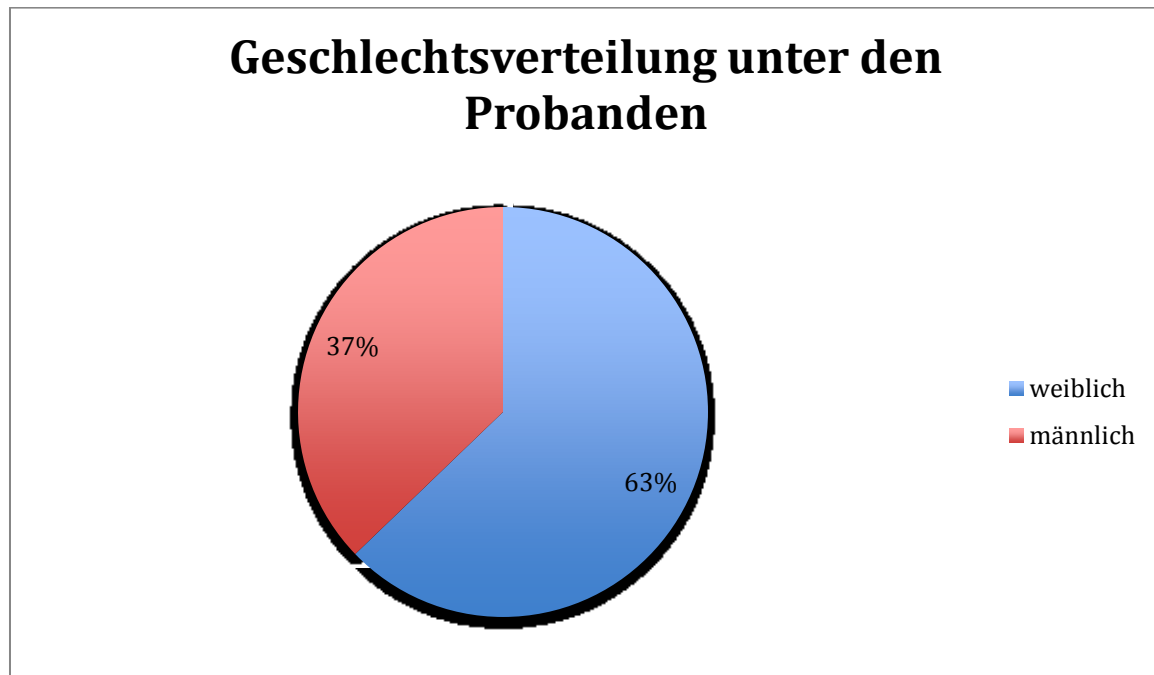


Abb. 3: Geschlechtsverteilung unter den Probanden

Wie in dem Kreisdiagramm in Abb. 3 dargestellt, waren 63% der Probanden (5) weiblich und 37% (3) männlichen Geschlechts.

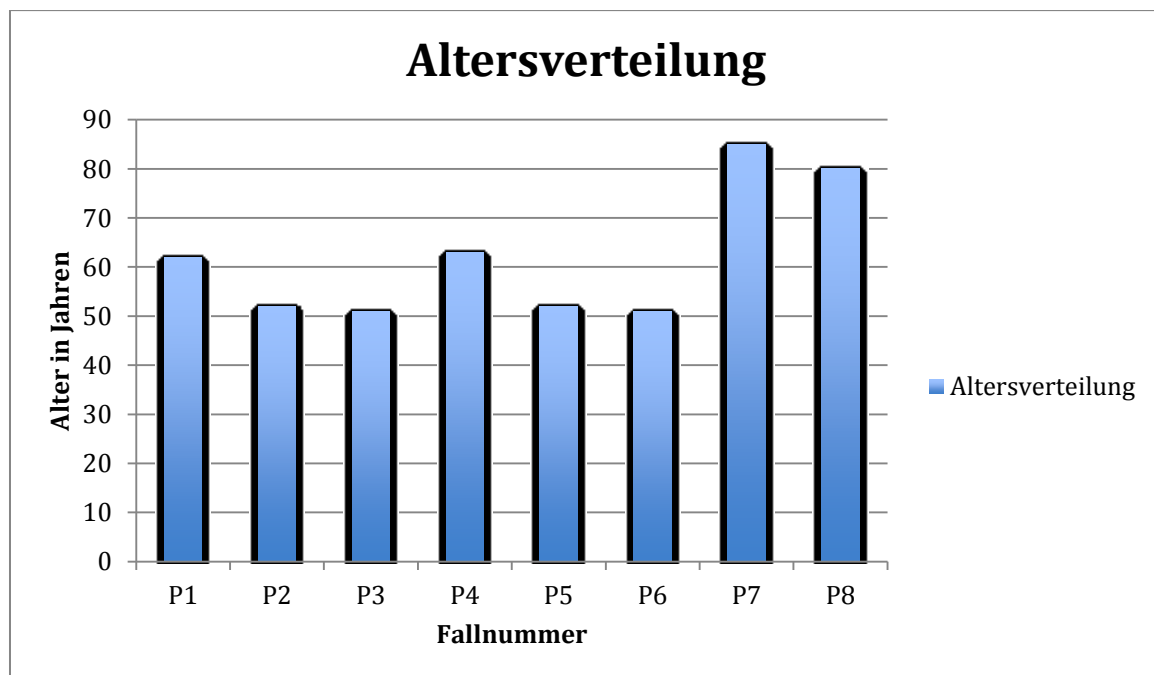


Abb. 4 Altersverteilung unter den Probanden



Wie anhand des Säulendiagramms in Abb. 4 erkennbar, bestand die Stichprobe aus zwei Altersgruppen. Sechs Teilnehmer gehörten zur Altersgruppe vor dem gesetzlichen Rentenalter zwischen 51 und 63 Jahren. Zwei Probanden konnten zur älteren Gruppe zwischen 80 und 85 Jahren gezählt werden. Der errechnete Mittelwert des Datensatzes liegt bei 62 Jahren. Der Median liegt bei 57 Jahren.

Hinsichtlich der Berufsverteilung der Probanden konnten zwei Gruppen unterschieden werden. Am stärksten waren dabei mit 75% die Gruppe der Rentner. Die anderen beiden Probanden waren ein Masseur und ein Geschäftsführer.

Alle Probanden waren Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

### **5.3 Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien**

Zur Einhaltung der ethischen und datenschutzrechtlichen Bedingungen wurde das geplante Studienvorhaben der Ethikkommission der FSU Jena vorgelegt. Am 04.03.2015 erfolgte deren Zustimmung.

Jeder Interviewpartner, der in die Datenerhebung integriert wurde, unterzeichnete eine Einverständniserklärung (siehe Anhang), welche ihm vorher vorgelesen wurde. Die Teilnahme am Interview war freiwillig. Die Probanden wurden darüber informiert, dass sie ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen können.

Bei der Datenerhebung- und Auswertung wurden anstatt der Namen der Probanden Abkürzungen (P1, P2, etc.) verwendet, um die Einhaltung der Anonymität zu gewährleisten. Die gewonnenen Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

### **5.4 Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews**

Die Datenerhebung erfolgte in Form von Interviews. Damit die Probanden möglichst uneingeschränkt von ihren Erfahrungen berichten konnten, wurden diese semistrukturiert durchgeführt. Um eine Vergleichbarkeit zu erreichen wurden initial geschlossene Fragen

gestellt. Des Weiteren kamen Schlüsselfragen, die immer gestellt worden und Eventualfragen die, wenn sie sich ergaben, gestellt wurden zum Einsatz, um den Interviewzeitrahmen von einer Stunde nicht zu überziehen. So enthielt der Interviewleitfaden Fragen zu folgenden globalen Daten:

- Geschlecht
- Alter
- Beschäftigung/ Beruf
- Art der Versicherung

Semistrukturierte spezifische Fragen kamen zu folgenden Themenbereichen zum Einsatz:

- Transport zu Gesundheitseinrichtungen (Betreuer, Transportservices, Kosten)
- Zugang zu Praxen (Parken, Wartezeiten, Beschilderungen)
- Ausstattung der Praxen
- Informationsweitergabe/ Kommunikation (Termine, Behandlung, Ergebnisse)
- Informationsmaterial (Broschüren, Internet...)
- Bewertung der Qualität des ambulanten Gesundheitssystems
- Möglichkeiten der Verbesserung

Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

Vorteil des mündlichen Interviews ist die Befragungstiefe, die durch die Spontanität der offenen Fragestellung möglich ist. Durch mündliche Befragung gewonnene Informationen sind sowohl rascher erhoben als auch unmittelbarer und ermöglichen Reaktionen wie Reflexion und kommunikative Validierung, um Verständnisproblemen entgegenzuwirken.

Nachteile ergeben sich aus der subjektiven Verzerrung und Beeinflussung. Es spielt die Antwortbereitschaft des Interviewten eine große Rolle sowie dessen Wohlbefinden. So kann sich eine Verzerrung auf Grund einer Interaktion des Befragten/ Interviewers durch Unterschiede in Geschlecht, Sprache, Auftreten etc. ergeben. Eine weitere Fehlerquelle ist die Transkription des Interviews, da sie sehr aufwendig durch Füllwörter, grammatikalische Fehler und ähnlichem sein kann und keine Emotionen transkribiert wurden. Auch der Aspekt der „Zuverlässigkeit“ ist als kritisch anzusehen, da eine Interaktion zwischen Interviewer und

Interviewten notwendig ist. Das heißt, dass nicht davon ausgegangen werden kann, „dass dasselbe Interview bei derselben Person zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt, oder dass dasselbe Interview bei derselben Person von einem anderen Interviewer durchgeführt, das gleiche Ergebnis bringen würde" (Kromrey, 2006).

Das erste Interview wurde am 05.03.2015 durchgeführt. Das letzte Gespräch fand am 14.08.2015 statt. Damit dauerte die Datenerhebung fünf Monate. Sie enthielt das Führen der Gespräche, die Aufnahme mittels iPhone, sowie die Transkription, in der die Tondaten in Textdaten transferiert wurden. Zur Durchführung der Interviews wurden in Absprache mit den Teilnehmern individuelle Plätze (zu Hause oder in den Räumlichkeiten des BSVT) gefunden, welche die Probanden kannten und die für sie problemlos zu erreichen waren. Dadurch sollten Stresssituationen vermieden und eine entspannte Atmosphäre geschaffen werden, die es erlaubte ein fundiertes Interview durchzuführen.

Die Transkription erfolgte nach zuvor festgelegten Transkriptionsregeln, so wurde wörtlich und nicht lautsprachlich transkribiert. Sprache und Interpunktion wurden geglättet, sowie der Dialekt ins Schriftdeutsche übersetzt. Diese Form der Transkription eignete sich, da die Probanden als Experten in ihrem Gebiet fungierten und der Inhalt des Gesprächs im Vordergrund stand (Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung 2002 zitiert nach Höld 2009).

Um eine intensive Beschäftigung mit den erhobenen Daten zu erreichen, wurde eine manuelle Transkription durchgeführt und auf die Benutzung einer Spracherkennungssoftware verzichtet.

### **5.5 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring**

Aufgrund von Kritik an der quantitativen Datenanalyse entstand die Frage, ob es ein qualitatives inhaltsanalytisches Verfahren geben kann, dass sich an der Komplexität von Informationen und am Verstehen orientiert. Der Vorzug der Inhaltsanalyse, theoriegeleitet vorzugehen, sollte aber beibehalten werden (Gläser & Laudel, 2010). In Deutschland hat Philipp Mayring zu Beginn der achtziger Jahre ein Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt, dass diesen Anspruch erhebt (Mayring & Brunner, Qualitative Inhaltsanalyse, 2009).

1. Das Material muss zunächst in ein Kommunikationsmodell (Stichprobe beschreiben, Informationen zum Kontext geben) eingeordnet werden.
2. Außerdem müssen Kategorien bzw. Kategoriensysteme entstehen.
3. Die Durchführung der Analyse soll systematisch, regel- und theoriegeleitet erfolgen. Es darf nicht zu einer „freien“ Interpretation kommen.
4. Weiterhin ist es notwendig, die Ergebnisse mit Hilfe von inhaltsanalytischen Gütekriterien zu kontrollieren.

Im Mai 2015 begann die Auswertung der Daten nach der von Philipp Mayring (erstmalig 1989) beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse. Auf eine Software zur Analyse der qualitativen Daten wie ATLAS.ti und winMAX wurde bewusst verzichtet, da diese sich auf die Kodierung von Texten wie bei der „grounded theory“ konzentriert. Sie unterstützt die Extraktion der Informationen nicht und ist deshalb für meine Zwecke nur schwer einsetzbar (Gläser & Laudel, 2010).

Nach einer Sichtung des Gesamtmaterials sollte ein Überblick über die Stichprobe gewonnen werden. Dabei wurden die transkribierten Texte systematisch gelesen und entschieden, welche relevanten Inhalte der Text enthält und welcher Kategorie die Textstelle zuzuordnen ist. Der Kern des Verfahrens ist die Entnahme der benötigten Informationen aus dem Text. Zuordnungsprobleme wurden durch das Formulieren von Extraktionsregeln gelöst. Beim anschließenden Betrachten der extrahierten Daten, ergaben sich dann weitere Themen, innerhalb der entsprechenden Kategorie. Am Ende entstanden dann spezifische Kategorien mit entsprechenden Zitaten.

Die Auswertung des Materials und die Bildung der Kategorien erfolgte mittels Microsoft Word. Anschließend wurden die Daten, zur besseren Übersicht, in Microsoft Excel übertragen. Die extrahierten Rohdaten wurden weiter bearbeitet, indem die relevanten Textstellen paraphrasiert und zusammengefasst wurden. Dabei wurde die Quellenangabe (der Verweis auf die Textstelle) mitgeführt. Ein Beispiel für die Kategorienbildung befindet sich im Anhang.

Zur Überprüfung der Reliabilität wurden den vier Kodierern die Auswertungskategorien vorgelegt und erläutert. Anschließend wurden ausgewählte Zitate beurteilt und durch die Kodierer den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Die Ergebnisse wurden in der Gruppe

diskutiert. Dies diente der Kontrolle, ob die Kategorienbildung logisch nachvollziehbar ist und sich die Ankerbeispiele eindeutig einer Kategorie zuordnen lassen konnten. Die beschriebene Überprüfung wurde am 27.05.2016 am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie von einer vierköpfigen Arbeitsgruppe bestehend aus 3 Studierenden und einer Mitarbeiterin durchgeführt. Hierbei wurden den vorgegebenen Kategorien stichprobenartig ausgewählte Ankerbeispiele zugeordnet und anschließend verglichen. Wenn die Mehrheit die Zuordnung identisch vorgenommen hatte, musste die Kategorie nicht verändert werden. Bei unterschiedlicher Einordnung bzw. sonstigen Unklarheiten war eine Überarbeitung des Systems notwendig. Bei allen Beispielen war eine genaue Zuordnung von mindestens drei der vier Personen möglich. Rückgemeldete Korrekturvorschläge durch die Person, welche das Ankerbeispiel in eine andere Kategorie eingeordnet hatte, konnten nach nochmaliger Überprüfung der Zuordnungsregeln exakt eingeordnet werden. Aus diesem Grund war eine Konkretisierung und weitere Überarbeitung des Kategoriensystems nicht notwendig.

## 6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews dargelegt. Die Gliederung richtet sich hierbei nach den Zielstellungen der Arbeit.

### 6.1 Erfahrungen und Probleme der Blinden und Sehbehinderten im Rahmen des Arztbesuches

#### 6.1.1 Welche Besonderheiten gibt es bei der Organisation des Arztbesuches?

*Wie gelangen sie zu den Einrichtungen?*

Die Patienten sollen zuerst beschreiben, wie sie zu den Einrichtungen gelangen und ob sie Probleme bei der Anfahrt haben. Diese Frage dient dazu, einen strukturierten Einstieg in die Thematik zu finden. Ziel ist es, die Fragen in der Reihenfolge des Ablaufs des Praxisbesuches zu stellen, um eine möglichst klare Erinnerung zu erhalten.

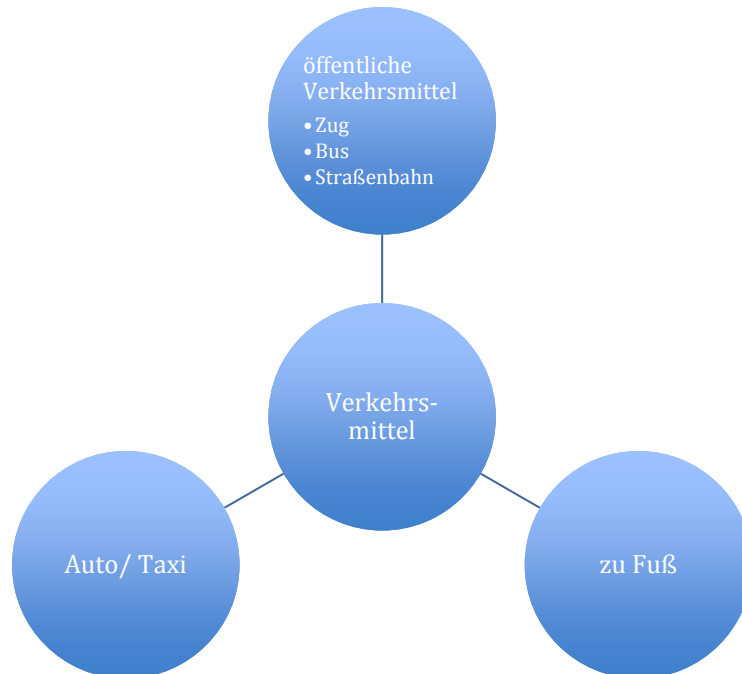


Abb. 5: Genutzte Verkehrsmittel

Abbildung 5 zeigt die genutzten Verkehrsmittel auf dem Weg zur Arztpraxis.

Sieben Befragte benutzen meist öffentliche Verkehrsmittel wie Bus, Straßenbahn und Zug. Lediglich ein Interviewpartner geht ausschließlich zu Fuß oder lässt sich mit dem Auto zu den

Arztterminen fahren. Ein Sehbehinderter nutzt das Taxi. Zwei Interviewte geben an, häufig zu Fuß zu gehen. Diese beiden besitzen einen Blindenhund. Ein Interviewpartner schildert besonders gut, welche Verkehrsmittel er nutzt.

P2: Zu Fuß meistens. Ja, dadurch dass ich den Hund hab, fahr ich mit der Straßenbahn in die Stadt oder ich lauf generell. Ich lauf sehr viel mit dem Hund. Und [...] bis zum Postcarré, wo meine Augenärztin ist, kann ich laufen. Und Hausarzt ist ja gleich hier unten an der Ecke und Zahnarzt wie gesagt auf der Arbeitsstelle.“

*Welche Probleme gibt es bei der Anfahrt?*

Auf die Frage, welche Probleme es bei der Anfahrt gibt, geben die Patienten unterschiedliche Antworten. Bei bekannten Wegen und in der Heimatstadt gibt es meistens keine, da der Weg bekannt ist und öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung stehen. So antwortete ein Interviewpartner:

P6: „Die Anbindung ist ja gut, im Stadtverkehr.

Schwierigkeiten treten vor allem bei unbekannten beziehungsweise neuen Wegen auf. Oft sind die Sehbehinderten auf die Hilfe von Passanten angewiesen, fahren eher zum Arzt um Zeit zum Suchen zu haben oder gehen den Weg mit Angehörigen vor dem Arztbesuch ab. Dass Hilfe durch Dritte aber nicht immer förderlich ist, zeigt folgende Aussage:

P1: „Oder ich will in den Bus einsteigen, dann eruiere ich kurz mit dem Stock den Eingangsbereich, damit ich weiß wie breit das ist. Das sind 3 Sekunden „eins zwei drei“ und in dem Moment packt mich manchmal jemand von hinten und will mich hochheben.“

*Wie empfinden sie den Zugang zur Praxis?*

Diese Frage zielt vor allem darauf ab herauszufinden, ob die Beschilderung der Arztpraxen an die Bedürfnisse der Sehbehinderten mit einer Restsehschärfe angepasst ist.

Auch bei dieser Frage treten Schwierigkeiten vor allem dann auf, wenn die Praxis unbekannt ist und die Sehbehinderten sie zum ersten Mal besuchen. Beim Besuch bekannter Arztpraxen werden keine Probleme angegeben, da der Eingang bekannt ist.

P6: „[...] Straßenschilder lesen und so und die Beschilderung an den Häusern oder die Hausnummern. Die sind aber auch zum Teil gar nicht vorhanden oder nur schwer lesbar.“

Bei der Frage nach dem Treppenhaus fällt auf, dass alle Interviewten den Fahrstuhl meiden und lieber die Treppe nehmen.

P4: „[...] weil die Anbringung der Knöpfe nicht einheitlich ist. Also die meisten machen es von oben nach unten oder von unten nach oben oder von rechts nach links und da wissen sie nicht auf welches Stockwerk sie drücken, wenn sie nicht gekennzeichnet sind für einen Blinden.“

Technische Bestimmungen werden nur zum Teil rechtsverbindlich eingehalten. Nicht verbindliche technische Bestimmungen sind immer dann von Bedeutung, wenn es darum geht, Barrierefreiheit nach dem Stand der Technik umzusetzen. So weist das Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit darauf hin, dass der im Leitfaden für Maßnahmen für blinde und sehbehinderte Personen dargestellte Aspekt, in dem eine Nutzung durch Blinde und Sehbehinderte Berücksichtigung finden soll, leider nur informativ – also nicht normativ verbindlich ist. Themen sind hierbei Farb-/Farbtonkontrastierung und Oberflächenbeschaffenheit, Beleuchtung, tastbare Zeichen und Symbole, Braille, die Auffindbarkeit der Haltestelle sowie die taktile und akustische Ausstattung des Fahrkorbs (Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit, 2012).

Aus dem obigen Zitat eines Interviewpartners geht hervor, dass die Sehbehinderten lieber die Treppe, als den Fahrstuhl nutzen, um Verwechslungen des Stockwerks auszuschließen.

P6: „[...] Es gibt eben welche, die sind sehr gut zugänglich jetzt in meinen Praxen, wo ich hingehe, da sind sie sehr gut. Bis auf die Hausärztin, wenn ich jetzt doch mal dahin muss, die ist nicht barrierefrei, die befindet sich im 1. Stock, der Hausflur ist sehr dunkel.“



Ein weiteres Problem, dass häufig dargestellt wird, sind die schlechten Lichtverhältnisse im Flur der Praxen, die eine Orientierung erschweren. Ein Interviewpartner gibt an, dass sich im Eingangsbereich eine Windfangtür befindet, diese aber allen Patienten (auch Sehenden) den Zutritt erschwert.

Abschließend lässt sich sagen, dass der Zugang zur Praxis häufig nicht barrierefrei ist, die Sehbehinderten sich aber trotz oben beschriebener Probleme gut zurechtfinden, wenn die Praxen bekannt sind und häufig die gleichen Ärzte aufgesucht werden.

*Wie behalten sie den Überblick über ihre Termine?*

Sehbehinderte stehen im Rahmen des Arztbesuches vor einer Vielzahl von organisatorischen Problemen. Die Zettel mit dem Termin für den nächsten Arztbesuch sind häufig klein und nicht lesbar für diese Personengruppe. Hier soll geklärt werden, wie die Interviewten einen Überblick über ihre Termine behalten, um herauszufinden, ob Maßnahmen notwendig sind, die Terminvergabe zu optimieren.

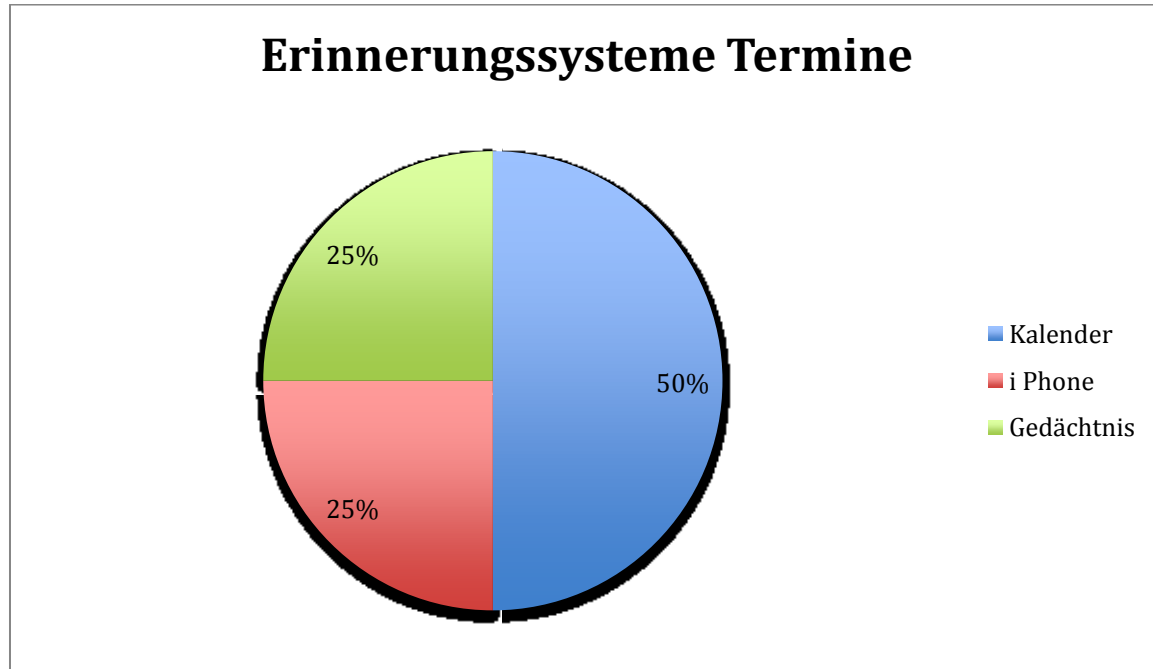


Abb. 6: Erinnerungssystem Termine

Im Gespräch fällt auf, dass die Sehbehinderten vielfältige Möglichkeiten nutzen, um sich an die Termine zu erinnern. Die Hälfte der Befragten merkt sich die Termine, wie obiges Kreisdiagramm zeigt, und überträgt sie zu Hause in einen großen Terminkalender oder sie

werden von Angehörigen in Großschrift notiert. Zwei der jüngeren Interviewpartner nutzen das iPhone als Erinnerungssystem. Die anderen Beiden merken sich die Termine. Ein Befragter beschreibt sein Erinnerungssystem wie folgt:

P1: „A merke ich mir die Termine, bis ich zu Hause bin. Also die notiere ich mir dann. Ich merke mir sehr Vieles. Und dann habe ich ein kleines Diktiergerät mit, für unterwegs. Ja, mit Farberkennungsgerät und da kann ich mir auch mal was notieren.“

Das Erinnerungssystem funktioniert für alle Befragten gut. Die Sehbehinderten benötigen dahingehend keine weitere Unterstützung von den Praxen. Ein SMS Erinnerung,- oder Anrufservice ist deswegen nicht notwendig. Ein älterer Interviewpartner weist allerdings darauf hin, dass Termine bei Tageslicht, auf Grund der erhöhten Sturzgefahr im Dunkeln, wünschenswert sind. Dies sollte vor allem in den dunklen Wintermonaten Beachtung finden.

P8: „Naja, es müsste schon hell draußen sein. Da sehe ich noch etwas. Also ich bin aber schon ein paar Mal hingestürzt - die Bordsteinkante... [...] Laufen kann ich ja.“

### **6.1.2 Sind die baulichen Gegebenheiten der Praxis an die Bedürfnisse Sehbehinderter angepasst?**

*Wie empfinden sie die Ausstattung der Praxis in Bezug auf die Räumlichkeiten?*

Durch eine möglichst genaue Beschreibung der Praxisräume soll herausgefunden werden, ob bei der Einrichtung auf Barrierefreiheit und funktionale Gesichtspunkte geachtet wird oder ob künstlerisch-ästhetische Aspekte im Vordergrund stehen.

Oft wird bei den Befragten das Farbkonzept der Praxis angesprochen. Fast immer fehlen Farbkontraste, die Räume sind oft weiß. Als Beispiel dient folgende Aussage eines Sehbehinderten.

P4: „Ist natürlich ein bisschen krass, wenn beim Augenarzt weiße Wände sind, weiße Schalter sind und weiße Türklinken und weiße Rahmen. Da haben sie als stark Sehbehinderter die besten Karten das nicht zu finden. Also wie gesagt dort geht es um die barrierefreie

Gestaltung der Räumlichkeiten, des Kontrastsehens, des Markierens und, und, und. Damit man sich einigermaßen zurechtfindet.“

Ähnliche Aussagen haben alle Patienten mit einer Restsehschärfe gegeben.

Auch die Ausleuchtung der Praxis wurde oft angesprochen. So gibt ein Interviewpartner an, dass die Flure oft sehr dunkel sind und die restliche Beleuchtung sehr hell erscheint.

P6: „Oder wenn sie sehr hell sind. Alles so hell, wenig Kontraste und dann bin ich sehr geblendet, dann habe ich Probleme.“

Ältere und sehbehinderte Patienten fühlen und bewegen sich sicherer, wenn sie Raumdimensionen und eventuelle Hindernisse leicht erfassen. Daher ist auf ausreichende Kontraste zu achten. Der als barrierefrei geltende Mindestkontrast zwischen zwei Farbnuancen lässt sich anhand der Hellbezugswerte im Farbtonblock des Caparol 3D-Systems definieren (Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V., 2017).

Ebenfalls angesprochen, wurde die Akustik in den Praxisräumen. Bei der Literaturrecherche ist dabei aufgefallen, dass dieser Aspekt in den Broschüren und Flyern wenig Beachtung findet. Wie wichtig eine gute Akustik (Hall, Nebengeräusche, Raumklang) zur Orientierung ist, erklärt das nächste Zitat.

P4: „Ein Blinder hat ja wahnsinnige Probleme, wenn die Akustik nicht stimmt. Weil, wir orientieren uns ja nach der Akustik und wenn in einer großen Halle viele sprechen, haben sie keine Möglichkeit der Orientierung.“

*Wie finden sie sich in der Umgebung zurecht?*

Die vorherige Frage hat gezeigt, dass die Sehbehinderten oft ein Problem mit fehlenden Kontrasten, der mangelhaften Lichtgestaltung und der fehlenden Akustik haben. Nun soll herausgefunden werden, ob die Patienten sich trotz dieser Probleme gut allein in den aufgesuchten Praxen zurecht finden.

P7: „[...]Hausarzt und Facharztpraxen da geht man das erste Mal hin und dann orientiert man sich und dann weiß man Bescheid.“

Auch geben die meisten Interviewten an, dass die aufgesuchte Praxis klein ist und dieser Umstand eine selbstständige Orientierung erleichtert.

Den Tresen finden die Patienten meist durch Stimmen ohne größere Schwierigkeiten. Probleme treten eher bei der Orientierung zwischen den einzelnen Räumlichkeiten auf. Ein Befragter schildert eindrucksvoll seine Lösung um eine Suche nach der Toilette zu vermeiden.

P5: „Wenn ich jetzt irgendwo hingehe und ich weiß es dauert länger, trink ich dementsprechend weniger, dass ich vermeide dort zu gehen. [...] Im Notfall muss man jemanden fragen. Von alleine finden ist ziemlich schlecht.“

Das Warte- und Untersuchungszimmer wird von den Befragten oft selbstständig gefunden. Sei es, weil es der Anmeldung angrenzt ist, durch Stimmen oder durch die Hilfe anderer. Schwieriger gestaltet sich die Sitzplatzsuche im Wartebereich. Dabei fällt auf, dass die beiden Interviewten mit Blindenhund leichter einen freien Platz finden, da der Hund ihnen diesen sucht. Ein Befragter vermeidet die Problematik ganz, wie seine Aussage zeigt.

P5: „Ich bleib lieber stehen. Weil könnte ja vorkommen, dass man sich jemanden auf den Schoß setzt oder auf seine Tasche.“

Schwieriger wird es für die Sehbehinderten den Kleiderständer mit ihren Jacken zu finden. Einige favorisieren es deshalb, ihre Sachen bei sich zu behalten um einer möglichen Verwechslung aus dem Weg zu gehen.

*Wie wird ihnen geholfen sich zurecht zu finden?*

Hier soll geklärt werden, inwieweit die Raumgestaltung eine Hilfe durch dritte Personen notwendig macht. Ansprechpartner sind in erster Linie die Arzthelfer, die vorrangig für die Betreuung der Patienten während des Arztbesuches zuständig sind. Aber auch andere Patienten sind gefragt, wenn es um Hilfestellungen bei der Orientierung geht.

Die meisten der Interviewten sind zufrieden, da sie um Hilfe bitten, wenn sie diese benötigen.

P2: „Und dann sind auch die Leute sehr hilfsbereit, muss man einfach sagen. Gerade unten bei dem Hausarzt, da frag ich dann: *Wo ist ein Stuhl frei?* Und da sind dann zumindest zwei Leute, die mich dann irgendwo auf einen freien Stuhl zerren.“

Allerdings gibt es auch schlechte Erfahrungen. So wird bemängelt, dass es schwierig ist Hilfe zu bekommen, wenn man sich nicht als Sehbehinderter ausgezeichnet ist. Dabei ist es wichtig, dass Menschen, die nur eingeschränkt oder gar nicht sehen können, auf sich aufmerksam machen, um entsprechende Hilfestellungen auch angeboten zu bekommen. Neben dem weißen Stock gibt es die gelben Armbinden mit drei schwarzen Punkten und entsprechende Anstecker. Nicht jedem Betroffenen gefallen diese möglichen Erkennungszeichen, einige finden sie peinlich und tragen sie deshalb nicht. Dabei wird den Umstehenden die Möglichkeit genommen auf Hilfesuchen zu reagieren und Unterstützung anzubieten. Die Sehbehinderten sollten dementsprechend auf sich aufmerksam machen und keine Scheu haben, Hilfe einzufordern.

### **6.1.3 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Praxisteam?**

Ein nicht zu unterschätzendes Problem sind Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit dem Praxisteam. Da die Patienten das Gesicht des Gegenübers nicht oder nur unscharf erkennen und sich nur an der Stimme orientieren können, sind viele Informationen nur schwer einzuordnen und können falsch interpretiert werden. Das könnte Behandlungserfolge verzögern oder sogar verhindern.

Der folgende Textabschnitt soll herausfinden, wie die Kommunikation mit den Arzthelferinnen und dem Arzt funktioniert und wo Probleme und Unsicherheiten auftauchen.

#### *Wie gestaltet sich die Kommunikation mit den Arzthelferinnen?*

Diese Frage untersucht die allgemeine Kommunikationsfähigkeit mit den Arzthelferinnen und dient dazu herauszufinden, ob den blinden und sehbehinderten Patienten geholfen wird sich in der Praxis zurechtzufinden und wie viel Unterstützung sie beim Ausfüllen von Formularen erhalten.

### *Helfen ihnen die Arzthelferinnen beim Ausfüllen der Formulare?*

Informationen helfen uns dabei Entscheidungen zu treffen, an der Gesellschaft teilzuhaben und ein unabhängiges Leben zu führen. Blinde und Sehbehinderte können aber die kleine Schrift der Aufklärungsbögen und Formulare nicht lesen. Demnach sind sie in der Arztpraxis auf die Hilfe des Praxisteam angezwungen. In den Interviews gaben 6 der Befragten an, dass sie Unterstützung beim Ausfüllen der Bögen erhalten. Ein Patient gibt an, die Formulare mit nach Hause zu nehmen, wo sie von seiner Frau ausgefüllt werden.

P5: „Nein, die geben das eher mit nach Hause und ich muss es dann wieder hinbringen. Sind nur 5-6 Minuten Fußweg ist kein Thema. Oder ich weiß von vorn herein, es ist so was zu erledigen, dann geht eben meine Frau mit.“

Ein einzelner Patient gab an, dass ihm teilweise nicht geholfen wurde, da er nicht als blind erkannt wurde. Dieser beschreibt die Situation im Folgenden.

P4: „Also ich hab ja schon das Kurioseste erlebt: *Hier haben sie das Formular füllen sie es mal aus.* Ich meine, da hab ich immer mit meinem Stock geklappert bis sie es mitgekriegt haben. *Ach so, sie sehen ja nicht. Was machen wir denn da?* Ich sage: *Entweder füllen sie es aus oder wir lassen es sein.* Das ist einfach der Umgang heutzutage, gut man sieht ja nicht jedem an, dass er blind ist, nicht jeder trägt eine Blindenarmbinde oder eine Behindertenarmbinde. [...] Aber wenn man mit einem weißen Stock kommt, erwarte ich eigentlich, dass man das heute in der Gesellschaft erkennt - als Blindenstock.“

Von den sechs Probanden, die angegeben haben, Hilfe zu bekommen, erhielten fünf diese auf Nachfrage bzw. als sie um Hilfe gebeten haben. Eine Interviewte gab an, dass die Arzthelferinnen wissen, dass sie nicht mehr lesen kann und ihr deswegen ungefragt Unterstützung anbieten.

Auf die Frage, ob die Arzthelferinnen mit den Patienten beim Ausfüllen der Formulare in einen anderen Raum gehen, verneinten alle Befragten, bis auf einen.

Nachfolgend sind zwei gegensätzliche Zitate aufgeführt, welche die jeweilige Situation der Patienten beschreibt.

P1: „An der Rezeption hat die Schwester erst einmal ungehemmt alles laut gefragt. Ungehemmt! Sehr laut vor den anderen Patienten, vor allen.“

P2: „Entweder macht es dann der Arzt drinnen oder was wir auch schon hatten, dass die Schwester dann mit mir erst mal in einen anderen Raum ist und das ausgefüllt hat.“

Auf Nachfrage erzählt P2 weiter, dass die Arzthelferinnen auch unaufgefordert mit ihm in einen extra Raum gegangen sind. Allerdings scheint das eine Ausnahme zu sein, da allen anderen Befragten diese Option nicht angeboten wurde.

Alle Befragten waren sich jedoch einig, dass das Ausfüllen der Formulare in einem gesonderten Bereich erfolgen sollte, in dem andere Patienten nicht mithören können.

*Helfen ihnen die Arzthelferinnen bei der Orientierung in den Räumlichkeiten?*

Auf die Frage, ob sie Unterstützung beim Zurechtfinden in den Räumlichkeiten von den Arzthelferinnen erhalten, waren die Antworten der Befragten sehr unterschiedlich. Ein Patient war sehr zufrieden und eine Befragte war sehr unzufrieden. Auf Wunsch erhielten fast alle Sehbehinderten Hilfe in unterschiedlichem Umfang. Auffällig war die Aussage aller, dass die Arzthelferinnen sehr unsicher sind, was das Führen eines Blinden anbelangt. Einige fragen nach, wie die Patienten geführt werden wollen und einige Patienten sagen gleich, wie sie es haben wollen.

P2: „Ja, die stellen sich immer ein bisschen ungeschickt an aber da mach ich ihnen keinen Vorwurf. Die packen einen dann am Arm und heben einen fast aus. [...] Ich sag mal so, die meisten fragen eigentlich: *Wie soll ich es denn machen? Soll ich sie am Arm nehmen oder wollen sie sich bei mir anhängen*“?

Es gibt jedoch auch negativ Beispiele, wie folgende Patientin erzählt.

P1: „Man fasst auch keinen Menschen an. Und plötzlich wurde ich, auch in Arztpraxen, ständig angefasst, ständig gepackt. Wie man einen Verbrecher anfasst. Ich habe in allen Arztpraxen in denen ich zu tun habe und hatte klar gemacht, wie ich geführt werden möchte.

[...] Aber ansonsten habe ich überall darum gerungen, dass man mich so führt wie ich es möchte und mich anständig behandelt.“

Häufig wurde auch angesprochen, dass die Patienten es sich wünschen würden, dass die Arzthelferin eine Raumbeschreibung des Wartezimmers abgibt. Wie es einem blinden Patienten geht, der nicht weiß, wo er sich befindet und was um ihn herum passiert. Eine Probandin beschreibt:

P1: „Sie sagte nur: *Kommen sie!* und packte meinen Arm und dann ging dieses Hakeln los [...] und brachte mich irgendwohin und ich wusste nicht wo [...] Und da merkte ich schon wie die Angst in mir hochstieg. Ich wusste nicht wer im Raum ist, ich wusste nicht wo ich bin und dann war da draußen so ein Geräusch. Hab ich eine Angst bekommen. Eigentlich wollte ich aufspringen und rausgehen, was ich in so einem Fall normalerweise mache. Ich wusste aber nicht, wo raus.“

Diese Aussage zeigt, wie wichtig es für die Sehbehinderten ist, zu wissen wo sie sind.

*Wie bewerten sie die Kommunikationsfähigkeit der Arzthelferinnen?*

Die Kommunikationsfähigkeit der Arzthelferinnen wird unterschiedlich bewertet. Zwei Patienten haben negative Erfahrungen gemacht, wenn sie mit einer Begleitperson die Praxis aufsuchen. So erzählen diese, dass Fragen an die Begleitung gerichtet und sie übergangen wurden.

P4: „Das ist mir auch schon mal passiert, da hack ich aber meistens gleich dazwischen, weil ich einen Mund habe zum Reden.“

Andere Befragte beschreiben die Gesprächsatmosphäre am Empfangstresen wie folgt:

P3: „Manchmal ein bisschen abweisend. Kommt mir so vor, die sind ein bisschen überfordert.“

P6: „Ja, das ist eigentlich vertraut, weil man ja immer zum selben Arzt geht. Und von daher kennt man sich. Es ist sehr persönlich.“



Von einer Interviewten stammt das nächste Zitat. Dabei wird die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte mit denen der Arzthelferinnen verglichen.

P1: „Die Kommunikationsfähigkeiten der Schwestern, mit denen man ja zunächst zu tun hat, sind oftmals sehr, sehr mangelhaft. Also, die wissen nicht wo rechts und links ist, was für einen Blinden entscheidend für die Sicherheit ist. Wenn die sagen *rechts von ihnen steht ein Stuhl und der steht links*, die wissen oft nicht wo rechts und links ist und dann dieses blöde Lachen: *Ich habe immer Schwierigkeiten damit!* Das ist keine Art. Also die Kommunikationsfähigkeit der Schwestern lässt oft sehr zu wünschen übrig. Nicht immer, ich möchte hier nicht pauschalisieren, aber oft. Und die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte würde ich als gut einschätzen. Als sehr gut.“

Abschließend lässt sich sagen, dass die Kommunikation mit den Arzthelferinnen stark von deren Zeit und damit dem Andrang in der Praxis abhängt und davon, ob die Patienten bekannt sind. Bei vertrauten Patienten und geringem Arbeitsaufkommen, gehen die Angestellten eher auf die Bedürfnisse der Befragten ein.

*Wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Arzt?*

Ziel dieser Frage war es, herauszufinden, wie die Gesprächsatmosphäre im Untersuchungsraum ist und ob bzw. wie der Arzt den Patienten hilft sich in seiner Praxis zurechtzufinden. Außerdem sollten die Patienten berichten, wie sie die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte bewerten würden.

*Helfen ihnen die Ärzte bei der Orientierung in den Räumlichkeiten?*

Auch bei dieser Frage haben die Befragten sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit unterschiedlichen Ärzten gemacht. Es folgen Zitate von positiven Erfahrungen:

P2: „Wo ich letztens beim Arzt war, da war eine junge Ärztin da. [...] Die hatte mich aufgerufen, hat meinen Stock gesehen und kam gleich mit ihren kalten Händen und: *Kommen sie*. Hat mich am Arm genommen und hinter [sich] geführt. Also hat sie wirklich schön gemacht. *Hier ist der Stuhl*. Ganz vorbildlich. Ist also voll drauf eingegangen.“

P5: „Also der Doktor [...] der ist ziemlich hilfsbereit, da gehe ich hin. *Da können sie ihre Sachen hinlegen.* Da zeigt er mit dem Finger. Und wenn er ein Rezept ausfüllt, dann gibt er es mir auch in die Hand. Also da kann man nicht meckern.“

P4: „[...] Also die Meisten fragen: *Können wir ihnen helfen?*“

P1: „Die Ärztin kam raus [...] und sie sagte: *Frau ..., wie kann ich sie jetzt führen?* Das ist völlig in Ordnung, das zu fragen [...].“

Negative Erfahrungen mit Ärzten werden wie folgt beschrieben.

P8: „Ich habe mal einen Arzt gehabt, da war ich schon ganz schockiert. [...] und ich sehe nun schlecht und habe gesucht, nach dem was ich anziehen wollte, weil ich ausgezogen war. Da hat der Arzt gesagt: *Ja, das ist schon der Anfang von der Demenz.* Ich war fix und fertig. Wissen sie, da bin ich dann aufgestanden und habe gesagt: *Nein, ich sehe fast nichts mehr, aber dement das ist noch nicht.*“

P5: „*Du hast mir gar nichts zu sagen.* So kam die dann einem. *Ich mach das schon.* Und hier und da und das du dort aneckst ist zweitrangig. [...] Die versuchen krampfhaft dich dort hinzubringen und machen es sich selber schwer. Erst mal verunsichern sie die Geschädigten und Blinden und Zweitens machen sie sich auch das Leben schwer.“

Beide Patienten haben schlechte Erfahrungen auf Grund ihrer Sehbehinderung gemacht. Die Problematik des Führens wurde wiederholt angesprochen. Dabei fällt auf, dass die meisten Ärzte fragen, wie sie führen sollen.

Insgesamt waren die Interviewten mit der Unterstützung bei der Orientierung in der Praxis durch den Arzt zufrieden. Der Großteil fragt, wie der Patient geführt werden möchte und bietet Hilfe an. Schlechte Erfahrungen mit einzelnen Ärzten haben allerdings alle Befragten gemacht. Wie das abschließende Zitat einer Befragten zeigt, werden die betreffenden Praxen nicht mehr aufgesucht.

P1: „Also das tut weh so was muss ich sagen. Das tut sehr weh, weil ich auf Hilfe angewiesen bin und sie mir offensichtlich verweigert wird. Das habe ich aber nur dort erlebt, bei diesem Handchirurgen, wo ich definitiv nicht mehr hingeh. Ärzte verdienen auch an den Patienten.“

*Wie bewerten Sie die Gesprächsatmosphäre im Untersuchungszimmer?*

Diese Frage diene vor allem dafür, herauszufinden, wie die Ärzte die Untersuchungsvorgänge erklären und wie und in welchem Umfang sie den Patienten medizinische Informationen näherbringen. Dabei soll geklärt werden, ob der Inhalt an die Bedürfnisse der speziellen Patientengruppe angepasst ist.

Alle Interviewten gaben an, dass der Arzt ihnen die einzelnen Untersuchungsschritte erklärt.

P2: „Ja, die sagen das. Aber das machen die, glaub ich, auch bei anderen Patienten wenn du mit dem Rücken zum Arzt stehst. *So ich muss sie mal abklopfen oder abhören.* Also ich glaub das ist bei denen so Routine drinnen, dass die das sagen. Also ich konnte noch nie irgendwie feststellen, dass die mich anders behandeln, nur weil ich blind bin. Überhaupt nicht. Das Einzige was anders ist, dass sie mich dann teilweise wieder bis zum Tresen vor bringen.“

Viele der Befragten antworteten auf die Frage, wie sie die Gesprächsatmosphäre im Untersuchungsraum empfinden, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen und dem konsultierten Arzt besteht. Dieser Sachverhalt ergibt sich daraus, dass die Patienten vor allem ihre Hausärzte schon jahrelang aufsuchen.

P7: „Ich gehe seit vielen Jahren zu den betreffenden Ärzten und da ist ein sehr gutes Vertrauensverhältnis.“

Eine andere Patientin beschreibt die Atmosphäre bei der Untersuchung wie folgt.

P8: „Ganz ruhig. Und wirklich, das ist so wichtig, dass man ruhig ist und alles in Ruhe machen kann. Das ist, finde ich gut.“

*Wie bewerten sie die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte?*

P1: „Gut, würde ich sagen. Weil ich davon ausgehe, dass Ärzte kluge, gebildete Menschen sind. Hochgebildete Menschen.“

Ähnliche Antworten gaben fast alle anderen Befragten. Die meisten waren mit ihren behandelten Ärzten zufrieden.

P7: „Aber die Ärzte, zu denen man jahrelang geht, da hat man so ein Verhältnis, das man fragt, wenn irgendwas unklar ist und das sie auch wissen, wie es bei mir steht. Und es ist natürlich auch eine Frage, wenn ich mit einem Arzt in der Beziehung nicht klar komme, dann gehe ich zu einem anderen.“

Die gleiche Patientin schildert eine Situation, bei der die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht optimal verlaufen ist.

P7: „[...] aber das ging alles so schnell. Wenn ich das nicht aus dem Zusammenhang mitgekriegt hätte, dass es nichts Besonderes ist [...], dann hätte ich wenig kapiert.“

Viele der Befragten mögen es, wenn die Kommunikation kurz und knapp verläuft. Allerdings muss sie an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten und dessen kognitives Verständnis angepasst sein. So fällt es gerade älteren Patienten (P7) schwer, schnellen Gesprächen und Themenwechseln zu folgen.

P5: „Also ich will mal sagen die Ärzte gehen mit der Situation meist besser um, als die Schwestern.“

Wie schon das Zitat von P1 in Abschnitt „Wie bewerten sie die Kommunikationsfähigkeit der Arzthelferinnen“ zeigt, werden die verbalen Fähigkeiten der Ärzte vergleichend besser bewertet.

#### 6.1.4 Welche weiteren Kriterien beeinflussen die medizinische Versorgung?

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit weiteren Kriterien, die einen Einfluss auf den Arztbesuch haben. Dabei soll geklärt werden wie Blinde und Sehbehinderte einzelne Medikamente unterscheiden und wer über mögliche Nebenwirkungen der verschriebenen Arzneimittel aufklärt. Des Weiteren soll geklärt werden, welches Informationsmaterial genutzt wird und wie gut der Zugriff gelingt. Zudem soll herausgefunden werden welche Präferenzen Blinde und Sehbehinderte beim Arztbesuch haben.

*Welche Maßnahmen werden ergriffen, um eine mögliche Verwechslungsgefahr der Medikamente zu vermeiden?*

Bezeichnung und Stärke eines Medikamentes können Blinde und Sehbehinderte mit Hilfe der Blindenschrift (Braille) lesen.

Von den Befragten konnte ein Interviewpartner die Blindenschrift lesen. Andere haben sie zwar einmal erlernt, wie unten stehende Aussage zeigt, jedoch im Laufe der Zeit wieder verlernt, da diese nicht genutzt wurde.

P1: „Ich krieg nicht so viele Tabletten verschrieben. [...] Das steht neuerdings alles auf den Medikamentenschachteln in Punktschrift. Früher war genau das ein Problem. Da habe ich mir, als ich noch so viele Tabletten einnehmen musste, die Medikamentenschachteln selber beschriftet. Das ist eine ganz feine Sache und da steht dann drauf welches Medikament das ist. Also ich habe schon Nasentropfen in die Augen gegeben.“

P2: „Ich hab die mal gelernt. Ich bin ja nicht von Anfang an blind. Ich hab die mal gelernt in Chemnitz, aber wenn du die ewig nicht brauchst, dann verlernst du die.“

Obiges Zitat stammt von dem Patienten, der Braille noch beherrscht und auch im Alltag anwendet und gibt gleichzeitig Aufschluss über eine weitere Möglichkeit um Verwechslungen zu verhindern.

So nutzen einige Sehbehinderte den PenFriend. Dies ist ein Markierungssystem, welches Etiketten enthält, die auf den zu markierenden Gegenstand aufgeklebt werden. Anschließend wird das Label besprochen. Wird das Etikett mit dem PenFriend berührt, ertönt der besprochene Text.

Viele Befragte, wie folgendes Beispiel zeigt, halten die Medikamente an der Packungsgröße auseinander.

P2: „Wenn es jetzt mehrere Tabletten sind, die du unterschiedlich nehmen musst, die haben sowieso nie dieselbe Größe und dann kannst du dir das entweder anhand der Tablettenschachtel merken oder der Tablettenform.“

Eine ältere Interviewpartnerin hat eine ganz eigene Methode, um den Überblick über ihre Tabletten zu behalten, wie ihre Aussage zeigt.

P7: „Das L-Thyroxin liegt bei mir auf dem Nachttisch, weil ich das ganz früh nehmen muss. [...] Das ASS100, was ich zum Frühstück nehme, nach dem Essen, das steht auf einem Regal, das kommt nicht in die Döschen. Das steht wieder wo anders. Das sind so Dinge, damit findet man sich besser zurecht. Wenn ich das mit in diese Morgendose tun würde, dann müsste ich erst wieder fingern: *Ach, das ist glatt und hat keine Riefe, das ist das, was du zuletzt nehmen musst.* So lege ich das gleich extra und nehme das extra aus der Packung raus. Man muss sich nur zu helfen wissen.“

Zudem zeigt das Zitat auch, dass auch sie sich anhand der Packungsgröße und der unterschiedlichen Tablettenformen orientiert.

Die Sehbehinderten haben sich im Laufe der Zeit eigene Strategien entwickelt um einer möglichen Verwechslungsgefahr vorzubeugen. Eine große Hilfe zur Unterscheidung ist die unterschiedliche Packungsgröße und die verschiedenen Tablettengrößen- und -formen. Hilfsmittel wie der PenFriend werden dabei eher von Jüngeren genutzt.

*Wird über Nebenwirkungen bei Neuverschreibungen aufgeklärt?*

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Arzneimitteln sollen Patienten vor der Einnahme die Packungsbeilage sorgfältig lesen. Ein wichtiger Hinweis zur Sicherheit, den Blinde und Sehbehinderte aber nicht so einfach befolgen können.

Die Frage soll klären, wie die Patienten an diese wichtigen Informationen gelangen und welche Konsequenzen sich daraus für den Arztbesuch ergeben.

Auf oben genannte Frage gibt ein Großteil der Befragten an, dass weder Arzt noch Apotheker auf Nebenwirkungen bei Neuverschreibungen hinweisen. Es wird lediglich über Art der Einnahme und Dosierung aufgeklärt.

Alle Interviewten gaben an, in der Apotheke, auf Nachfrage die benötigte Information zu erhalten. Einzelne mit Restsehstärke nutzen für den Beipackzettel zu Hause ein Lesegerät. Der Patienteninfoservice wird selten und die Telefonhotline gar nicht genutzt.

Dass es auch aufmerksame Apotheker gibt, zeigen die folgenden zwei Zitate.

P4: „Ich kenne eine gute Apotheke, die einen richtig beraten, die einen wirklich sagen, das ist da drinnen und das und das sind die Auswirkungen oder so. Sie haben keine Zeit, wenn da noch 3 - 4 drinnen stehen und wenn man die Apothekerin nicht kennt, sagt die einem das nicht. Die sagt nur: *das hilft und das ist gut* und das war es.“

P1: „Gerade bei speziellen Sachen - ja, würde ich sagen, aber z.B. habe ich mir von der Neurologin ein Schlafmittel verschreiben lassen. [...] Und da hat mir die Ärztin und auch die Apotheke gesagt, dass die abhängig, dass die süchtig machen.“

*Welche Informationsquellen nutzen sie und wie gut gelangen sie an Informationen?*

Diese Fragen sollen klären, wie Sehbehinderte an medizinische Informationen gelangen und welche Medien dafür genutzt werden.

Abbildung 7 zeigt, welche Medien von den Sehbehinderten genutzt werden, wenn es um die Suche nach medizinischen Informationen geht. Alle Befragten benutzen dabei am Häufigsten das Internet. Selbst die älteste Interviewpartnerin gibt an, dieses oft zu benutzen. Nachfolgend sind zwei Beispiele eingefügt, die zeigen, welche Informationsquellen häufig genutzt werden und welche Problem vor allem bei der Internetbenutzung auftreten.

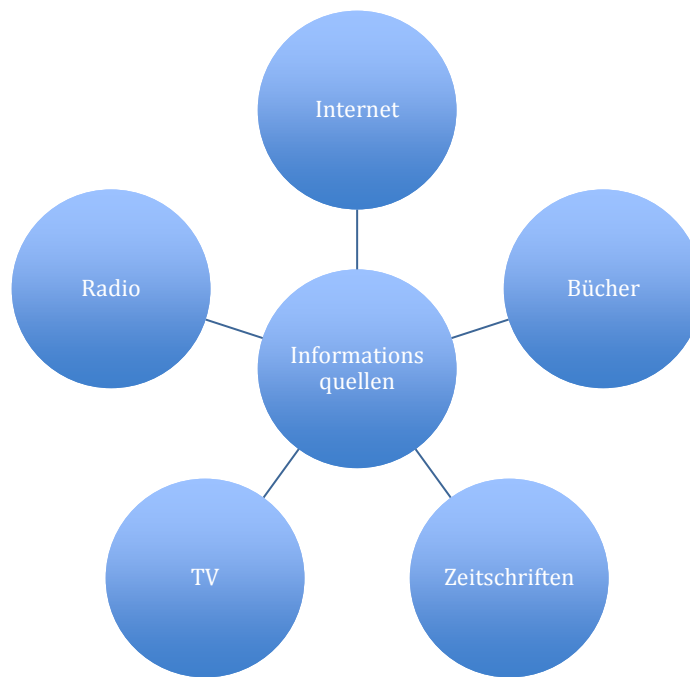


Abb. 7: genutzte Informationsquellen

P2: „Internet ist manchmal ein bisschen komplizierter. [...] Seit ich das iPhone habe, komm ich einfacher ran, weil da kann ich im Internet wirklich selber gucken, wo was ist, was auf dem Computer manchmal schwieriger ist. Ich kann ja nicht mit der Maus arbeiten. Ich muss mit der Tastatur arbeiten. So bestimmte Tastenkombinationen da kommst du auf das Feld und viele Seiten im Internet sind nicht barrierefrei. Da kommst du nicht weiter. Da verhakst du dich dann irgendwo und kommst nicht weiter. Und mit dem iPhone ist das wesentlich einfacher für mich.“

P7: „Soviel wie möglich. Fernsehen, Bücher, allerdings uraltes Zeug. [...] Ich habe ein uraltes medizinisches Wörterbuch und da gucke ich mal nach und dann gehe ich auch ins Internet. Aber ich komme im Internet nicht sehr gut zurecht.“

Über oben angesprochene Probleme im Internet berichtet ein Großteil der Sehbehinderten, da viele Webseiten nicht barrierefrei gestaltet sind. Eine große Schwierigkeit ist dabei, dass Menüpunkte oft nur mit der Maus erreichbar sind sowie eine fehlende Semantik bei rein optischer Strukturierung. Des Weiteren können die üblichen Ein- und Ausgabegeräte wie Bildschirm und Maus nicht verwendet werden. Das Internet stellt damit eine große Herausforderung für Sehbehinderte dar. Als Hilfsmittel nutzen viele der Befragten Software-Programme wie den Screen Reader. Dieser ermöglicht den Zugang für Blinde zu Windows-



Anwendungen sowohl mit Sprach als auch mit Braille Ausgabe. Es liest automatisch Texte und Steuerelemente.

Oben genannte Patientin (P7) löst ihr Problem mit dem Internet indem sie sich die gewünschte Seite ausdruckt und dann unter dem Bildschirmlesegerät liest. Andere Befragte (P2) geben an, für ihre Suche, vorwiegend das iPhone zu verwenden, da oben dargestellte Schwierigkeiten, bei dessen Benutzung nicht auftreten. Außerdem bitten die Sehbehinderten vor allem Angehörige um Hilfe, wenn es um die Informationsbeschaffung geht.

Auch Bücher und Zeitschriften sind gern genutzte Quellen, um Erkundigungen einzuziehen. Um deren Inhalte abrufen zu können verwenden einige der Blinden ein Textlesesystem (Vorlesegerät). Dies ist ein einfaches Scannersystem, auf welches das gewünschte Medium aufgelegt wird. Per Knopfdruck können anschließend verschiedene Funktionen abgerufen werden, wie das Vorlesen des Buches.

P1: „Und dann habe ich einen Scanner, wo ich solches Material einlegen könnte. Der funktioniert so wie der Computer und der liest es mir vor. Aber den nutze ich ganz selten, weil ich kriege soviel Werbung und der liest die ganze Werbung erst mal ein und liest mir alles vor.“

Die Befragte (P1) spricht ein häufig genanntes Problem bei der Verwendung des Vorlesesystems an. Ein Sehender überfliegt Zeilen und Spalten, ein Blinder kann das nicht und muss sich im schlimmsten Fall alles Geschriebene auf der Suche nach einer bestimmten Information anhören.

Abbildung 8 zeigt, dass von den Sehbehinderten Bildschirmlesegeräte verwendet werden. Diese bestehen aus einem Bildschirm und einer Kamera mit spezieller Optik. Sie dienen Sehbehinderten zur Vergrößerung von Dokumenten. Schriftgröße und Farben können individuell geändert werden. Die Befragten mit einer Restsehschärfe (P5), die ein solches Lesegerät benutzen geben an, dass die Benutzung zwar mühsam und anstrengend für die Augen ist, sie es dennoch häufig verwenden.

P5: „Ich hab noch ein Lesegerät, also so ein Bildschirmlesegerät [...] und wenn ich mir eine Zeitung drunter lege, ein Rezept oder egal was und mit schwarzen Untergrund und weißer

Schrift und wenn der Raum schön dunkel ist und das schön hell, und ich das schön groß mache, kann ich schon noch lesen. Strengt zwar an, aber man kriegt es zumindest noch hin.“

Die nächste Interviewpartnerin spricht im folgenden Zitat ein Hilfsmittel an, welches man ohne großen Aufwand auch in einer Praxis bereitlegen könnte.

P6: „Ja, wenn es was Schriftliches ist, dann könnte es schon in Großdruck sein. Da ist wieder dieses Problem, dass ich es ohne Lupe nicht lesen kann und ich es mit nach Hause nehmen muss, um es mir dort durchzulesen oder ich muss mir die Lupe mitnehmen und dann da lesen. Also Großdruck wär auf jeden Fall schön, wenn sich das durchsetzen würde.“

Dass selbst Augenärzte, wenig auf die Bedürfnisse von sehbehinderten und blinden Patienten eingestellt sind, überrascht.

P6: „Wenn es jetzt in einem größeren Format ist, dann ist es natürlich besser lesbar. Aber das ist eigentlich nicht die Regel, dass es im Großdruck ausliegt. Nicht mal bei den Augenärzten.“

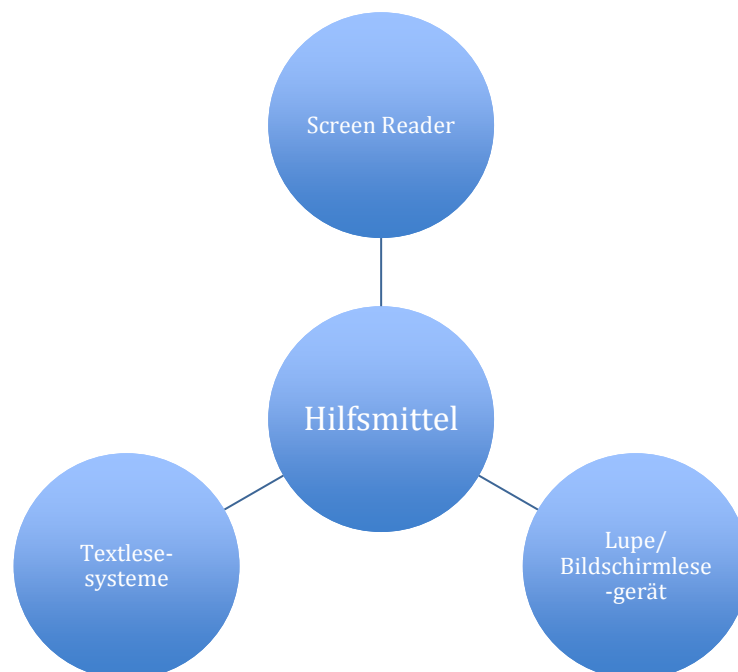


Abb. 8: genutzte Hilfsmittel

### *Werden Ärzte dem Informationsbedürfnis der Blinden und Sehbehinderten gerecht?*

Blinde und sehbehinderte Menschen haben denselben Informationsbedarf wie Normalsichtige und benötigen auch dasselbe Spektrum an Informationen. Doch wie werden Ärzte diesem Bedarf gerecht? Damit soll sich der folgende Abschnitt beschäftigen.

P7: „Nein. Die gehen davon aus, dass ich entweder frage oder mir was suche.“

So oder ähnlich sah bei allen Befragten die Antwort auf die Frage auf, ob die konsultierten Ärzte fragen, ob weiterer Informationsbedarf für die spezielle Patientengruppe besteht. Eine Patientin (P1) beschreibt den Informationsgehalt als kurz und knapp. Zusätzlich gibt sie an, dass sie zufrieden damit ist und nachfragt, wenn sie mehr Informationen benötigt.

P1: „Es geht oft sehr kurz, aber mir ist das recht. Ich mag es, wenn jemand kurz und korrekt ist.“

Alle Interviewten geben an, dass sie die Informationen durch den Arzt als ausreichend empfinden und gegebenenfalls nachfragen, sollten Unklarheiten oder weitere Fragen bestehen. Außerdem nutzen viele die Möglichkeit durch den Gebrauch in Abbildung 7 dargestellter Medien zu Hause, um weitere Auskünfte einzuziehen.

### *Sind die Informationsmöglichkeiten ausreichend?*

Eine weitere Frage des Interviews beschäftigte sich damit, ob die Befragten mit den ihnen zur Verfügung stehenden Informationen zufrieden sind. Nachfolgend sind einige Zitate von Patienten dargestellt.

P7: „Natürlich nicht. Denn es ist alles nur ein Behelf. Ich würde viel lieber den Sachen nachgehen.“

P7: „Es ist schwierig, man muss in alle Himmelsrichtungen fischen.“

Die Aussagen der beiden Befragten charakterisieren die Grundstimmung sehr gut. Ein großes Problem bei der Suche nach Informationen ist die Zeit.

P4: „Bescheiden. Selbst die von barrierefreien Seiten sprechen, man muss erst mal dorthin kommen, man muss es rausfiltern, man muss es suchen und da ist ja wahnsinnig viel gibt, ist das Medium zwar gut, aber ich bin immer noch langsamer als ein Sehender, weil der das einfach mit einer grafischen Oberfläche schneller findet, es ist einfach so.“

Für die Betroffenen ist es oft eine große Einschränkung ihrer Lebensqualität nicht mehr selbst lesen zu können und auf einen Vorleser angewiesen zu sein, der oft nicht immer zur Verfügung steht. Fernsehen und Radio sind durch dünne Wortbeiträge nicht in der Lage, dieses Informationsdefizit zu beseitigen.

Eine mögliche Abhilfe in der Arztpraxis könnte man durch Audiodateien, die digital gespeichert wurden, schaffen. Dabei hilft der "AudioRecorder". Dieser ist auf allen Windows-Computern vorinstalliert und mit wenigen Handgriffen kann man Sprache über Mikrofon, Headset oder Webcam aufnehmen und speichern.

#### *Welche Präferenzen haben Sehbehinderte und Blinde beim Arztbesuch?*

Bei dieser Frage sollten die Befragten spontan frei erzählen, was ihnen bei einem Arztbesuch wichtig ist. Ziel war es dabei herauszufinden, ob die Probanden die Arztpraxis nach Kriterien der Barrierefreiheit aussuchen oder ob ihre Präferenz in der zwischenmenschlichen Beziehung liegt.

Bei der Bewertung des Gesundheitssystems waren die Interviewten insgesamt zufrieden. Viele der Patienten gaben an, dass sie nur im Notfall zum Arzt gehen oder regelmäßig Kontrollen mit fester Terminvereinbarung wahrnehmen. Das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt wird als gut eingeschätzt da diese die Patienten schon jahrelang betreuen und über deren Gesundheitszustand gut informiert sind. Lediglich die langen Wartezeiten auf Facharzttermine wurden kritisiert.

P2: „Ich bin eigentlich zufrieden. Wir haben ein sehr gut funktionierendes Gesundheitssystem. Wenn dir wirklich was fehlt, dann wird dir auch geholfen.“

P4: „Ich bin bis jetzt immer klar gekommen [...]. Da wo es mir nicht gefällt, da gehe ich nicht hin.“

Wie die beiden Zitate zeigen, wird das ambulante Gesundheitssystem insgesamt als gut bewertet. Eine Patientin gab an, dass sie sich auf Grund ihrer Sehschwäche im Krankenhaus besser aufgehoben fühlte. Gründe dafür waren eine bessere Komplikationskontrolle und eine leichtere Organisation der Untersuchungen.

Einführend zur Frage, was den Patienten beim Arztbesuch wichtig ist, ein paar Zitate.

P5: „Also für mich ist wichtig, gut hinzukommen, nicht so lange zu warten, das will jeder und das man behandelt wird wie jeder andere, wie ein normaler Mensch.“

P3: „Die Freundlichkeit. Man sieht es mir vielleicht nicht so an, dass ich schlecht sehe, aber das ein bisschen mehr drauf Rücksicht genommen wird. [...] *Na kommen sie mal mit, ich zeig ihnen, wo das Wartezimmer ist. Oder Haben sie Probleme beim Ausfüllen? Da helfe ich ihnen.* Aber vielen ist das eben auch egal.“

P7: „Erst mal muss ich das Gefühl haben, dass die mit ihren jeweiligen Ansturm zurechtkommen und das organisieren. Meine Hausärztin [...] da muss ich mit 2-3 Stunden rechnen. Aber ich nehme das gern in Anspruch, weil ich, wenn ich dran bin, selten unter einer halben Stunde rausgehe. Und das muss ich den anderen ja auch zugestehen. [...] Sie geht auch in diesen Dingen auf meine Probleme ein und das schätze ich so an ihr. Und dazu braucht es natürlich Zeit. [...] Die Organisation der Praxis ist ein großer Schwerpunkt.“

P8: „Aber sonst muss ein Arzt eigentlich freundlich sein [...]. Und das er die Wahrheit sagt, das ist auch wichtig.“

Alle Interviewten gaben an, dass ihnen Freundlichkeit und ein guter Umgangston sehr wichtig ist. Außerdem möchten sie schnell Hilfe bekommen, da viele nur im Akutfall einen Arzt aufsuchen.

Einzelne Befragte gaben auch an, dass ihnen die Organisation des Praxisablaufs und die Erreichbarkeit der Praxis wichtig sind.

Die Barrierefreiheit wurde von keinem als Präferenz angegeben. Im Mittelpunkt stehen charakterliche Eigenschaften des Arztes und seines Teams. Der Arzt soll feinfühlig, mitfühlend, aufmerksam und freundlich sein. Den Patienten ist es wichtig, dass er sich im

Gespräch Zeit nimmt und wahrheitsgetreue Aussagen macht. Es lässt sich also sagen, dass für die Probanden zwischenmenschliche Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung im Vordergrund stehen. Sind diese Kriterien erfüllt, nehmen die Befragten auch gern längere Wartezeiten in Kauf.

### 6.1.5 Verbesserungsvorschläge

Die Befragten sollten frei erzählen, in welchen Bereichen sie Verbesserungsmöglichkeiten beim Arztbesuch sehen.

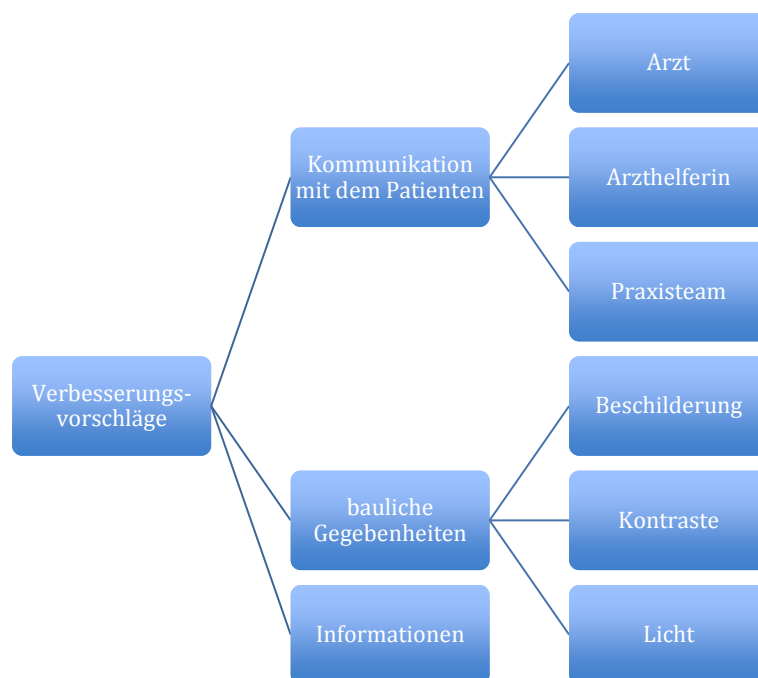


Abb. 9: Verbesserungsvorschläge der Probanden

Die Abbildung 9 zeigt, welche Bereiche spontan auf die obige Fragestellung genannt wurden. Im weiteren Gesprächsverlauf wurden die Interviewten dann gefragt, wie die genannten Möglichkeiten umsetzbar sind. Dabei wurde deutlich, welche Aspekte, die in Broschüren und Flyern zum Thema „barrierefreie Arztpraxis“ für die Patienten mit eingeschränktem Sehvermögen relevant sind und wie diese im Rahmen einer Modernisierung, Praxisneugründung oder auch mit einfachen Hilfsmitteln umgesetzt werden können, damit sich die Betroffenen ohne fremde Hilfe orientieren können.

Wie bereits beschrieben, waren die Probanden insgesamt mit der Kommunikation zufrieden. In vielen Informationsbroschüren zum Thema „Kommunikation mit blinden Patienten“ wird vorgeschlagen, genaue Ortsangaben zu machen. Ein Beispiel dafür wäre: „Der Stuhl steht rechts von Ihnen.“ Ein Patient hat eine andere Empfehlung für den Arzt, damit er sich in seiner Umgebung besser zurecht findet und erläutert auch, warum ihm oben genannter Vorschlag nicht hilft.

P4: „Also die Bezeichnung des Umstandes dort steht der Stuhl, das hilft mir gar nichts, die müssten schon konkreter sein. Wir sagen immer entsprechend der Ausgangsposition. So wie ich stehe ist die Uhr und da kann ich sagen:“ Auf die 6; auf die 5.“ oder was weiß ich, da weiß ich, in welche Richtung ich zu gehen habe. Mir reicht auch nicht aus, wenn man einfach nur sagt: *Rechts*. Ja, wie weit rechts? Da muss man eine Maßangabe (machen) 1m, 2m, ungefähr. Oder gleich rechts oder so, aber das muss man halt ein bisschen konkretisieren. Das kann dann schon helfen.“

P4: „Ganz gut ist es, wenn der Arzt einem die Hand nimmt und auf die Lehne legt. Dann wissen sie genau - da fängt er an, da hört er auf. Da kann ich mir vorstellen, wenn ich die Lehne in der Hand habe, wo auch die Sitzfläche ist, damit ich mich nicht daneben setze.“

Wie das nächste Zitat der Probandin zeigt, wäre ihr Wunsch, dass die Ärzteschaft ihre Angestellten besser im Umgang mit eingeschränkten Patienten schult. Dabei betont sie auch, wie wichtig ihr eine gute Behandlung durch die Arzthelferinnen ist.

P1: „Weil wenn der Arzt auf die Schwester einwirkt und den Leuten sagt, wie sie sich zu verhalten haben, dann verhalten sich die Schwestern auch so. Oder wenn der Arzt mit gutem Beispiel vorangeht, dann machen das auch die Schwestern. Und ich geh nicht mehr zu den Ärzten, wo ich mich auch von einer Schwestern nicht gut behandelt gefühlt habe.“

Vorsicht ist auch bei sogenannten Routinefragen geboten.

P2: „*Welche Farbe hat der Auswurf?* Ich: *Ähmm...* Und sie: *Ach, scheiß Routinefragen.*“

Gerade frisch Erblindete können solche Fragen als wenig einfühlsam empfinden und sich verletzt fühlen. Ärzte sollten konzentriert bei der Arbeit sein und sich darüber bewusst sein, wer vor ihnen sitzt und welche speziellen Bedürfnisse erfüllt werden müssen.

### *Arzthelferin-Patient-Kommunikation*

Bei den durchgeführten Interviews fiel vor allem die, im Gegensatz zu den Ärzten, übermäßige Kritik an dem Verhalten der Arzthelferinnen auf.

Dabei wünschte sich die Mehrzahl der Befragten einen besseren Umgang der Arzthelferinnen mit eingeschränkten Patienten.

Zwei Interviewte haben die Erfahrung gemacht, dass, wenn sie mit einer Begleitperson beim Arztbesuch erscheinen, die Kommunikation mit dieser stattfindet. Ein Betroffener schildert eine solche Situation.

P1: „Und ich stand damals am Tresen und die Schwester fragte das junge Mädchen: *Hat sie ihre Karte mit?* Das tat auch weh. [...] Ich habe meine Karte hingehalten und habe gesagt: *Sie hat!* [...] Sie hat meine Karte über meine Schulter dem jungen Mädchen zugereicht. Meine Hand lag immer noch so da und sagte: *Setzen sie sie da hinten hin.* Und ich habe [...] habe zu der Schwester gesagt: *Erstens möchte ich, dass sie mein Eigentum mir zurückgeben und keinem anderen Menschen und zweitens möchte ich bitte persönlich angesprochen werden. Ich bin nur blind, nicht geistesgestört.* Und da sagte die Schwester: *Ja, setzen sie sie da hinten in die Ecke.*“

Die oben beschriebene Situation ereignete sich in den 90er Jahren. Obwohl seit dem viel Zeit vergangen ist, erinnert sich die Patientin immer noch daran.

Die Arzthelferinnen sollten sich bewusst sein, dass das Sprechen mit Begleitpersonen über den Patienten von den Betroffenen als abwertend und unhöflich empfunden wird. Zudem ist es unnötig, da eine gute Kommunikation auch ohne eine dritte Person möglich ist.

Ein anderer Befragter erzählte, dass ihm die Versichertenkarte nicht in die Hand zurückgegeben wurde, sondern auf den Tresen gelegt wurde. Durch die fehlenden visuellen Möglichkeiten ist es für den Patienten enorm wichtig, dass ihm solche Dinge in die Hand



gegeben werden. Der Betroffene wird dann die Versichertenkarte an den für sie vorgesehenen Ort zurücklegen, damit er sie beim nächsten Gebrauch wiederfindet.

Vor allem in fremder Umgebung ist der Informationsbedarf bei blinden und sehbehinderten Personen erhöht. Den Betroffenen ist es nicht möglich, sich schnell und einfach ein visuelles Bild von der Situation zu machen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dem Patienten immer zu sagen, wohin er gebracht wird und ihm eine kurze Beschreibung seiner Umgebung zu geben.

P1: „Ich wünsche mir, dass die Menschen oder die Schwestern sagen: *Ich bringe sie jetzt in den Warteraum. Vor ihnen oder rechts/links von ihnen steht ein Stuhl.* Mir das Umfeld beschreiben und mir nicht sagen, was ich zu tun habe. [...] Aber sobald ich nicht weiß, wo ich bin und wer sich im Raum befindet bekomme ich eine Angst die kann ich überhaupt nicht beschreiben. Die kann ich nicht in Worte fassen.“

Das obige Zitat zeigt deutlich, was passiert, wenn Blinde und sehbehinderte Patienten nicht wissen, wohin sie gebracht werden. Dabei ist es einfach und wenig zeitaufwendig, dem Patienten zu sagen, wohin er gebracht wird und ihm eine kurze Bildbeschreibung der Umgebung zu geben.

#### *Praxisteam-Patient-Kommunikation*

Insgesamt hielten fast alle (7) der Befragten Schulungsprogramme für Mitarbeiter einer Praxis für sinnvoll, da die Arbeit mit sehbehinderten und blinden Patienten eine besondere Herausforderung für das Team darstellt. Das Einfühlungsvermögen der Mitarbeiter ist wichtig, damit sich der Betroffene ernstgenommen und verstanden fühlt.

Zum Thema „Führen eines Blinden oder sehbehinderten Patienten“ haben die Befragten verschiedene Vorstellungen und Wünsche.

P1: „Dieser Blindengriff, das ist optimal. Wenn sich jemand neben mich stellt und sagt: hier ist mein Arm.“

P1: „Aber wichtig ist, dass man, wenn man nicht weiß, wie man einen Blinden führt, dass man zu ihm sagt: *Wie kann ich sie führen?* Der sagt das dann schon.“

Entscheidend dabei ist, ob es sich um einen älteren, spät erblindeten Patienten handelt oder um einen, der ein Mobilitäts,- und Orientierungstraining absolviert hat. Gerade „trainierte Blinde“ bevorzugen den Blindengriff, welchen ältere Patienten oft nicht beherrschen. Der Interviewte P1 erläutert seine Wünsche zum Thema Führen in folgenden Zitaten.

P1: „Das man vor der Türschwelle kurz stehen bleibt und sagt: *Schwelle*. Und wenn man vor einer Treppe kurz stehen bleibt sagt: *Treppe*. Oder wenn eine Enge ist, dass man den Arm auf den Rücken legt und der Blinde geht hinter einem. [...] Man sollte sie nach der Enge wieder vornehmen. Wenn man den Arm auf den Rücken legt, fasst der Blinde sofort von hier nach hier und läuft hinter einem. Ein trainierter Blinder. Eine alte Frau die mit 80 Jahren erblindet ist, weiß das natürlich nicht. Der kann man sagen: *Ich lege jetzt meinen Arm auf den Rücken. Hier ist eine Enge. Sie können mal meine Schultern anfassen und dann bring ich sie durch die Enge.* [...] Wichtig ist auch, dass man unterscheidet zwischen Treppe und Stufe. [...] Hoch oder runter.“

P1: „Und das man nicht von oben herab ist. Die Arroganz des Sehens, ich weiß es sofort einzuordnen, das ist jemand der unsicher ist, der versteckt sich hinter der Arroganz. Ein kluger Mensch tut so was nicht. Mir hat so was auch sehr weh getan, dass die Menschen plötzlich so von oben herab waren. Also das wäre wichtig.“

P1: „Und dann ist es auch schon wichtig, dass man nicht so verkrampt geht. Spürt der Blinde sofort. Verkrampt heißt immer unsicher. Sondern locker, ganz locker den Blinden führen und dann dabei darauf achten, auf das Umfeld. Ganz bewusst, wie ein Autofahrer. [...] Also da sollte man Sicherheit ausstrahlen und Lockerheit, Entspanntheit.“

P1: „Und dann niemals möglichst von hinten packen. [...] Das ist doch unhöflich. Das ist absolut entwürdigend.“

## *Bauliche Gegebenheiten*

Weitere Verbesserungsvorschläge wurden im Bereich „bauliche Gegebenheiten“ von den Interviewten gemacht. Grundsätzlich wünschen sich alle Befragten eine barrierefreie Praxis. Bei Neubauten können Maßnahmen zur Barrierefreiheit von Anfang an berücksichtigt werden. Anders sieht es bei Um- und Ausbauten aus, da die vorgegebene Struktur die Planung oft einschränkt.

Im Rahmen der barrierearmen Arztpraxis wurden häufig Verbesserungsmöglichkeiten in den Bereichen von Beschilderungen, Kontrasten und Lichtverhältnissen in der Praxis angesprochen. Ein Befragter würde sich auch eine Verbesserung der Akustik in den Räumlichkeiten wünschen.

## *Beschilderung*

Die Orientierung und Beschilderung im Gebäude, an Ausgängen, Notausgängen, am Aufzug, WC, Arbeitszimmer, Flure sollte auch für Sehbehinderte und Blinde geeignet sein.

Leitsysteme bestehen im Wesentlichen aus visuellen, taktilen und auditiven Hilfen. Am wichtigsten sind dabei Information zur Warnung vor Gefahren und Hinweise für Notfälle.

Alle Sehbehinderten wünschen sich dabei eine kontrastreiche, gut lesbare Darstellung von Türschildern und Hinweistafeln. Beispielhaft ein Zitat eines Betroffenen.

P4: „Die Beschilderung der Türen [...] dass man das Schild rechtzeitig erkennt, dass man nicht solche blassen Farben nimmt. Das man wirklich kontrastreiche Farben zur Beschilderung nimmt. [...] Auch da gibt es bestimmte Kennzeichen, die man dort anbringen kann. Da gibt es direkt eine Beschilderungsnorm.“

Für blinde Patienten sind unterschiedliche Strukturen in den Bodenbelägen durchaus hilfreich, um Hindernisse oder Richtungsänderungen anzuzeigen. Für Sehbehinderte hat P3 einen anderen Vorschlag zur Visualisierung.

P3: „Der Fußboden markiert, wo man lang muss mit roten Strichen.“

Es sei erwähnt, dass die Farbe rot hier Beispielhaft erwähnt wurde. Alle Kontrastreichen Farben, die sich gut vom Bodenbelag abheben, würden die Anforderung erfüllen.

P4: „Man kann es ja mit einfachen Möglichkeiten machen. Natürlich ist es immer am besten, wenn man das weiß und man macht eine Modernisierung und plant das mit ein und nimmt sich dazu einen Berater. Da gibt es einen ganzen Katalog, was man dazu beachten kann und das sollte man tun. Ansonsten, wenn man das im Nachgang macht, kann man das mit einfachen Methoden. Ob man was auf dem Schalter klebt oder ob man eine Umrandung da drum macht, dann geht das schon. Aber ansonsten, wenn ich eben alles komplett schon weiße Türen drin habe und dann noch weiße Rahmen ist es halt kompliziert.“

Viele der Interviewten sprechen auch die Lichtverhältnisse an. Die Flure wurden oft als dunkel beschrieben. Gerade für Patienten mit Restsehschärfe ist eine gute Ausleuchtung wichtig, um eine Orientierung zu ermöglichen und Gefahrenstellen frühzeitig zu erkennen.

P6: „Eigentlich mehr das warme Licht würde ich bevorzugen. LED Licht ist für mich sehr günstig. Weil hier haben wir darauf Wert gelegt, dass diese Lichtleitlinie entsteht. Wenn man von vorne kommt, dass man eine Orientierung hat zur nächsten Tür.“

Zur akustischen Orientierung in komplexen Umgebungen nutzen zwei der Befragten die frühe Reflexion von Grenzflächen (Wänden, Decken...) und deren Bezug zur Schallquelle. Ein Blinder verwendet Klicksonar. Dieses funktioniert ohne Hilfsmittel als Zungenklick (Schنالzen) Der Ton eines Zungenklicks wird von umliegenden Objekten als Echo zurück geworfen. Das Gehirn lernt, diese Echos einzuordnen, zu differenzieren und in dynamischen Bildern zu verarbeiten. Ein anderer Sehbehinderter erzeugt ein ähnliches Echo mit seinem Blindenstock.

Im Rahmen der Praxiseinrichtung sollten die Einschränkungen dieser Technik beachtet werden.

Grenzen der Auswertung von Klicksonar im Alltag zeigt die Tatsache, dass nur Objektoberflächen im Winkel von geschätzten 80-100° ein nutzbares Echo zurückwerfen. Oberflächen mit flacheren Winkeln sind nicht wahrnehmbar, da sie kein Echo zurückwerfen. Ebenso Löcher oder abfallende Kanten sowie sehr kleine oder schmale Objekte (anderes Sehen e.V., 2011).

## *Informationen*

Im Kapitel 6.1.4 wurden bereits die Probleme bei der Informationssuche angesprochen.

Bei entsprechendem Patientenkontext wäre es leicht, häufig verwendete Dokumente, in Großdruck auszulegen oder den Patienten als Audio-Datei zur Verfügung zu stellen. Werden nur gelegentlich Sehbehinderte und Blinde in der Praxis behandelt und ist damit der Aufwand für oben genannte Vorschläge zu groß, würde es vielen Patienten schon helfen, eine Lupe auszulegen.

Auch im Bereich Verschreibung und Medikamente wünschen sich die Betroffenen eine bessere Aufklärung durch den Arzt als Experten.

P4: „Was die Verschreibung und die Medikation und so betrifft, da ein bisschen mehr drüber zu wissen. Die Möglichkeit zu haben, selbst zu entscheiden. Die hat man einfach nicht, weil man es nicht weiß. Und das ist mir zu aufwendig mich dahin zu setzen und ewig zu recherchieren und zu machen und zu tun.“

Im Zitat wird deutlich, wie schwierig die Informationssuche zu Medikamenten für die Patienten ist und aus Zeitmangel und durch den hohen Aufwand oft nicht durchgeführt wird. Deshalb muss hier der Arzt seiner Aufklärungspflicht nachkommen.

Auch bei der Gestaltung des Internetauftritts wünschen sich die Interviewten eine barrierefreie Homepage. Beispielsweise mit vergrößerbarer Schrift, logischer inhaltlicher Führung oder Erklärungen von Grafiken. Im Zeitalter des Internets sollte sich jeder Praxisinhaber vor Augen führen, dass der Web- Auftritt die persönliche Visitenkarte der Praxis ist.

## **7. Diskussion**

### **7.1 Bezug zur Fragestellung**

Die vorliegende Dissertation soll aufzeigen ob die Ausstattung der Arztpraxen an die speziellen Bedürfnisse blinder und sehbehinderter Patienten angepasst ist und in welchen Bereichen aktuell noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

Um die Erfahrungen und Probleme der Blinden und Sehbehinderten im Rahmen des Arztbesuches zu verifizieren wurde untersucht, welche Besonderheiten es bei der Organisation des Arztbesuches gibt und wie die Patienten den Überblick über ihre Medikation behalten. Da die baulichen Gegebenheiten der Praxis eine große Rolle für die Orientierung der speziellen Patientengruppe spielen und eine gute Kommunikation wichtig für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist, war auch dieser Aspekt Gegenstand der Arbeit. Um selbstständige Entscheidungen treffen zu können ist es wichtig herauszufinden, wie Blinde und Sehbehinderte an Informationen gelangen. Abschließend sollte untersucht werden, welche Präferenzen die Patientengruppe beim Arztbesuch hat und welche Verbesserungen ihnen den Gang zum Arzt erleichtern würden.

### **7.2 Methodische Diskussion**

#### **7.2.1 Gütekriterien**

Die sozialwissenschaftliche Methodenlehre teilt die Gütekriterien in Maße der Reliabilität (Zuverlässigkeit) als der „Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie der Konstanz der Messbedingungen“ (Friedrichs, 1973) und in Maße der Validität (Gültigkeit) ein, die sich darauf beziehen, „ob das gemessen wird, was gemessen werden sollte“ (Friedrichs, 1973).

Da Reliabilität die Voraussetzung für Validität (nicht jedoch umgekehrt) ist (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015), sollen die Ergebnisse zuerst hinsichtlich der Reliabilität eingeschätzt werden.

Zur Kontrolle der Intracoderreliabilität wurde das Material am Ende der Analyse nochmals kodiert. Dabei wurde überprüft, ob die verwendeten Ankerbeispiele tatsächlich nur einer Kategorie zugeordnet werden konnten. Diese übereinstimmende Einordnung, war in allen Fällen möglich.

Bei inhaltsanalytischen Reliabilitätsbestimmungen wird üblicherweise die gesamte Analyse von mehreren Personen durchgeführt und die Ergebnisse werden anschließend verglichen (Intercoderreliabilität) (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015). Dies konnte durch die in Kapitel 5 beschriebene Vorgehensweise erreicht werden. Da die Auswahl der Ankerbeispiele zur Kontrolle nur stichprobenartig erfolgte, ist es denkbar, dass verbesserungswürdige Aspekte unbeachtet blieben, wodurch die Intercoderreliabilität beeinflusst wird. Lisch und Kritz stellen das Konzept der Intercoderreliabilität gänzlich infrage, da sie bei sprachlichem Material Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Analytikern als Regel ansehen (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015).

Der Aspekt der Validität, wurde beachtet, da der für die Datenerhebung erarbeitete Interviewleitfaden von Schwerpunkten ausgeht, die sich auf die grundlegenden Forschungsfragen beziehen (siehe Kapitel 4 und Kapitel 5). Unter Beachtung dieser Schwerpunkte entwickelte man zugehörige Leitfragen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt beispielhaft die Aspekte, welche der ursprünglichen Fragestellung entsprechen.

Tabelle 1: Umsetzung der Forschungsfrage im Interviewleitfaden

Forschungsfrage	Umsetzung im Interviewleitfaden
Welche Besonderheiten gibt es bei der Organisation des Arztbesuches?	Wie gelangen sie zu den Einrichtungen? (Transportmittel, öffentliche Verkehrsmittel...) Gibt es Probleme bei der Anfahrt? Wie empfinden sie den Zugang zu den Praxen? (Beschilderung, Parken...) Gibt es ein Erinnerungssystem für Termine? Wie behalten sie den Überblick über Termine?
Wie gelangen Sehbehinderte und Blinde an Informationsmaterial?	Welche Informationsquellen nutzen sie? Wie gut gelangen sie an Informationen? Sind die Informationsmöglichkeiten ausreichend?

Im Sinne der Konstruktvalidität muss außerdem kontrolliert werden, ob bei der Entstehung der Kategoriensysteme im Rahmen der Datenauswertung schrittweise und theoriegeleitet vorgegangen wurde (Mayring & Brunner, Qualitative Inhaltsanalyse, 2009).

Dieses Kriterium kann positiv bewertet werden. So wurde bei der Erarbeitung der Kategorien darauf geachtet, systematisch von der Grobstruktur zur Feinstruktur vorzugehen (Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 2002). Zunächst kam es zur Sammlung der relevanten Aussagen. Anschließend erfolgte deren Paraphrasierung, Reduktion und Zusammenfassung (siehe Kapitel 5), was zur Erstellung der Kategorien führte. Erst durch Suche nach Gemeinsamkeiten innerhalb der Kategorien entwickelte sich eine Feinstruktur in Form zahlreicher Unterkategorien.

### **7.2.2 Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung**

In diesem Kapitel sollen Fehler diskutiert werden, welche die Auswahl der Stichprobe, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Durchführung des Interviews, die Tonaufnahme, sowie die Transkription beeinflusst haben könnten.

In die Studie wurden nur Späterblindete und Sehbehinderte über 18 Jahren, welche ihren Wohnsitz in Thüringen haben, eingeschlossen. Dies soll die Vergleichbarkeit der Erfahrungen der Probanden erhöhen, da von Geburt an Blinde eine andere „Ausbildung“ im Umgang mit ihrer Behinderung erhalten haben und dadurch andere Erfahrungen gemacht haben als Späterblindete. Kinder und Jugendliche werden oft von Eltern zu Arztbesuchen begleitet und sind deswegen weniger auf die Hilfe anderer bei der Orientierung angewiesen. Außerdem bestehen Unterschiede hinsichtlich der kommunikativen Bedürfnisse sowie in der Aufklärung und dem Informationsbedarf. Eine weitere körperliche und /oder geistige Behinderung war ein Ausschlusskriterium, da diese Einschränkungen einen maßgeblichen Einfluss auf die Erfahrungen haben. Die Stichprobe fiel demnach sehr klein aus, da nur wenige Patienten obige Kriterien erfüllten und zudem zu einem Interview bereit waren. Somit konnten nur explorative Aussagen erzielt werden.

Da die Anfrage für Interviews zum Großteil über den BSVT Weimar erfolgte und dieser verschiedene Mitglieder kontaktierte ist es möglich, dass diese den genutzten Kommunikationsweg als unpersönlich empfunden haben könnten. Außerdem konnten so



keine Gründe für Absagen erfasst werden. Privat kontaktierte Probanden nannten als Absagegrund häufig Zeitmangel, auf Grund beruflicher Verpflichtungen und Schwierigkeiten im Umgang mit fremden Personen. Diskutiert werden kann auch, ob die Probanden, die sich auf die Anfrage gemeldet haben ein größeres Engagement zeigten, als die, welche die Teilnahme unbegründet ablehnten. Des Weiteren muss beachtet werden, dass ein Großteil der Interviewten (6) durch Kontakte mit dem BSVT generiert werden konnten. Dieser versteht sich als Selbsthilfeorganisation und Interessenvertreter der blinden und sehbehinderten Menschen des Freistaates Thüringen. Seine Hauptaufgaben sind die Verbesserung der sozialen Stellung sowie eine bessere berufliche und soziale Eingliederung Blinder und Sehbehinderter im Freistaat. Unter diesen Hintergrund wäre ein größeres soziales Engagement der Teilnehmer zu diskutieren.

Bezüglich der Zusammensetzung der Stichprobe kann ebenso kritisch betrachtet werden, dass keine gleichmäßige Geschlechts- und Altersverteilung vorlag (siehe Kapitel 5). Dies ist durch die erhöhte Prävalenz altersabhängiger Erkrankungen für Blindheit und Sehbehinderung zu erklären. Des Weiteren betrifft die Altersbedingte Makuladegeneration häufiger Frauen. Da die AMD als Hauptursache für Blindheit und Sehbehinderung in den meisten Fällen erst spät oder gar nicht zur Erblindung führt, erklärt, warum 75% der Befragten eine Sehbehinderung aufwiesen und 25% vollständig blind waren. Kritikpunkt der Studie ist außerdem, dass Blinde andere Anforderungen an die baulichen Gegebenheiten in einer Praxis haben. So helfen ihnen im Gegensatz zu Patienten mit Restsehschärfe viele Maßnahmen bei der Praxisgestaltung nicht. Obwohl im O'Day, Killeen und Iezzoni der Meinung sind, dass Sehspezifische Gesundheitserfahrungen von Blinden und Sehbehinderten ähnlich sind und darum die Gruppen nicht nach dem Schweregrad und der Diagnose unterschieden werden müssen, lohnt sich eine kritische Betrachtung des Sachverhaltes (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004).

Hinsichtlich der Berufsverteilung überwiegen Probanden im Ruhestand und Erwerbsunfähige. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass eine Einschränkung des Sehvermögens bzw. eine Erblindung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der frühen Erwerbsunfähigkeit einhergeht (DBSV, Zahlen und Fakten, 2017) bzw. die Betroffenen nicht mehr unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes arbeiten.

Alle Befragten waren Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Es muss berücksichtigt werden, ob eine private Versicherung zu besseren Ergebnissen bei der Erfahrung in der

Kommunikation vor allem mit den Arzthelferinnen geführt hätte. Und ob die Art der Krankenversicherung Einfluss auf die Zufriedenheit der Informationsmöglichkeiten durch ein anderes Hilfsmittelangebot gehabt hätte.

In der Dissertationsarbeit werden keine Zusammenhänge zwischen den entwickelten Hypothesen und der Art der Sehbehinderung, der beruflichen Ausbildung, der Geschlechts- und Altersverteilung, sowie der Krankenkassenzugehörigkeit dargestellt. Die explorativen Aussagen beziehen sich lediglich allgemein auf die Erfahrungen von Blinden und Sehbehinderten beim ambulanten Arztbesuch. Viele der Erkenntnisse vor allem in den Bereichen Kommunikation und bauliche Gegebenheiten sind aber in den klinischen Kontext übertragbar.

Des Weiteren muss bei der Entwicklung des Interviewleitfadens auf die Vermeidung möglicher Fehlerquellen geachtet werden. Die Leitfragen sollten zum einen die Forschungsthemen dieser Dissertation vollständig abdecken, was auch realisiert werden konnte (siehe Kapitel 7). Zusätzlich war es jedoch notwendig, sich bei der Formulierung und Anordnung der Fragen nach der Zeit zu richten. Je nach Offenheit der Frage und Komplexität des Gegenstandes können in einer Stunde 8-15 Fragen behandelt werden (Gläser & Laudel, 2010). Dies war auch im Hinblick auf die Transkription relevant, da dieser Arbeitsschritt etwa sechsmal so lange dauert wie das zuvor geführte Gespräch (Gläser & Laudel, 2010). Letztlich mussten die Probanden für die Interviews etwa maximal 60 Minuten einplanen. Kritikpunkt bei der Betrachtung dieses Aspektes ist, dass die Einhaltung des zeitlichen Rahmens der Untersuchung die Vollständigkeit der Datenerhebung beeinträchtigen könnte und umgekehrt. Zudem wurde bei der Rekonstruktion des Leitfadens darauf geachtet, dessen Chronologie zu folgen. Das heißt, dass die Rekonstruktion von einem in der Vergangenheit liegenden Startpunkt an Schritt für Schritt in Richtung Gegenwart zu unternehmen. Dies ist wichtig, da der Informationsgehalt der Antworten wahrscheinlich geringer sein wird, wenn ständig die Zeitebene gewechselt wird. Ungünstig bei dem gewählten Vorgehen ist dabei, dass die Probanden immer darum bemüht sein werden, eine konsistente Darstellung zu geben. Das heißt, im weiteren Verlauf des Interviews gegebene Informationen so zu formulieren, dass sie zu den bereits gegebenen „passen“ (Gläser & Laudel, 2010).

Ein weiterer Kritikpunkt des Interviews sind Suggestivfragen. Nach einigen Interviews wird eine subjektive Theorie über das Forschungsproblem entwickelt. Man neigt dazu, Fragen

unbewusst so umzuformulieren, dass sie nur noch Bestätigungen für das einholen, was man schon zu wissen glaubt. Der Informationsgehalt der Interviews nimmt ab, und der suggestive Charakter nimmt zu (Gläser & Laudel, 2010). Trotz des sorgfältigen Abarbeitens des Interviewleitfadens, konnten solche Situationen zwischen Interview 5 und 6 nicht ganz vermieden werden, die diese an einem Tag durchgeführt wurden. Eine weitere mögliche Ursache von ähnlichen Antworten in beiden Interviews kann aber auch durch das bestehende Verwandtschaftsverhältnis der Interviewpartner erklärt werden.

Ein anderer sehr häufig auftretender Fehler, ist das Auslassen von Nachfragen. Mögliche Ursache ist die Leitfadenbürokratie und der damit verbundene Verlust an Offenheit und Kontextinformationen (Gläser & Laudel, 2010).

Des Weiteren wurde die Perspektive von Ärzten, Arzthelferinnen und Angehörigen nicht erfragt.

Die Interviews wurden mittels des iPhones aufgezeichnet, um später transkribiert zu werden. Kritikpunkt bei der Tonaufnahme ist, dass es keine natürliche Gesprächssituation ist und es möglich ist, dass der Interviewte angesichts der Aufzeichnung Informationen zurückhält bzw. dass sich die Tendenz, sozial erwünscht zu antworten verstärkt (Gläser & Laudel, 2010).

Interviewtermin und Ort sollten so vereinbart werden, dass der Aufwand für den Interviewpartner möglichst gering ist, dass er sich wohl und sicher fühlt und dass Störungen minimiert werden (Gläser & Laudel, 2010). Dies gelang vollständig, da die Probanden Termin und Ort frei bestimmen konnten.

Ein weiterer Kritikpunkt bei der Durchführung der Interviews ist, dass auf eine zusätzliche Protokollierung während des Interviews bewusst verzichtet wurde. Somit wurden Gestik und Mimik nicht erfasst, da diese zusätzliche Aufgabe den Interviewer belastet hätte. Da ein zusätzlicher Protokollant die Gesprächsatmosphäre verändern würde, wurde auf diesen verzichtet (Gläser & Laudel, 2010).

Da bei der Auswahl der Technik auf eine gute Aufnahmequalität geachtet werden muss, wurde vor Beginn der Interviews das Gerät auf Empfindlichkeit und die Aufzeichnung von Störgeräuschen geachtet. Dieses geschah vorab zu Hause oder vor dem ersten Interview in

den Räumlichkeiten des BSVT's. Somit traten bei der Transkription keine akustischen Störungen auf.

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert. Passagen, welche inhaltlich nicht relevant waren, wurden entsprechend gekennzeichnet. Da es für die Transkription keine allgemein akzeptierten Regeln gibt, wurden eigene Regeln aufgestellt, welche dokumentiert und im Projekt konsistent angewandt wurden. So wurde eine Standardorthographie verschriftet und keine literarische Unterschrift verwendet. Nachteil ist, dass Besonderheiten des Gesprochenen verlorengehen können, was bei der Auswertung berücksichtigt werden muss (Kowal & O'Connell, 2007).

### **7.3 Diskussion der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse kritisch betrachtet und diskutiert. Zur besseren Nachvollziehbarkeit erfolgt eine Anlehnung der Gliederung an den Ergebnisteil der Arbeit (siehe Kapitel 6).

#### *Organisation*

Wie in Kapitel 6.1.1 beschrieben, zielte diese Frage darauf ab, herauszufinden, welche Transportmittel zu den Einrichtungen genutzt werden und wo Probleme bei der Anfahrt auftreten.

Eine Studie von Castro et al analysiert die Schwierigkeiten in der Nutzung von Gesundheitsservices durch die Erfahrungen von Personen mit verschiedenen Behinderungen. Von den Befragten 25 Personen wiesen 8 Sehstörungen auf. Ergebnisse der Studie waren, dass 1/3 der Befragten Schwierigkeiten mit dem Transport zu den Gesundheitseinrichtungen hatten. Dabei spielte die räumliche Verteilung der Einrichtung eine große Rolle. 50% der Interviewten benötigten eine Person, die sie begleitet und weitere 50% nutzten öffentliche Verkehrsmittel (Castro, Lefevre, Lefevre, & Cesar, 2011).

In dieser Arbeit gaben sieben (88%) der Befragten an öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Lediglich zwei Befragte nutzen gelegentlich die Hilfe einer Begleitperson. Eine mögliche

Ursache zur Erklärung des Unterschiedes ist, dass alle Interviewpartner aus größeren Städten stammen, in denen es eine gute Infrastruktur gibt.

Zum Thema Probleme bei der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen gaben die Probanden von Castro an, dass es häufig keine Fahrstühle gibt und die Beschilderung schlecht ist. Insgesamt wurde auch bemängelt, dass die Praxen nicht barrierefrei sind. (Castro, Lefevre, Lefevre, & Cesar, 2011) Dies deckt sich mit den in Kapitel 6 dargestellten Ergebnissen, bei denen die Befragten oft über die schlechte Beschilderung der Hauseingänge klagten, welche oft gar nicht vorhanden oder nur schlecht lesbar sind. Fahrstühle wurden von den Teilnehmern dieser Befragung nicht genutzt, da die Beschriftung der Knöpfe nicht einheitlich ist.

Wie in Abschnitt 3.4 bauliche Aspekte in der Arztpraxis bereits beschrieben, verfügen nur 1/3 der Arztpraxen über Maßnahmen zur Barrierefreiheit. Dabei rangiert auf Platz 9 Hilfsmittel für Sehbehinderte.

Wie die Studie von Johnston und Jackson zeigt, können Sehbehinderte keine Terminzettel lesen. Aus diesem Grund wird für eine geeignete Kommunikation eine große Schrift, mit verschiedenen Frontansichten, hohen Kontrasten, Audioformate, Erinnerungssysteme per Telefon oder elektronisch per e-mail, sowie alternativ die Blindenschrift empfohlen (Johnston & Jackson, 2012).

Auch in einem Artikel von O'Day, Killeen und Iezzoni wird darauf hingewiesen, dass der nächste Termin oft auf Terminzetteln vermerkt ist und die Patienten oft den Überblick über die Termine verlieren. Auch hier wird eine Telefon oder E-mail Erinnerung empfohlen (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004). Durch neuste Technik im Sinne des iPhones oder die Hilfe von Angehörigen gaben die Befragten keine Probleme beim Erinnerungssystem an. Die oben genannten Empfehlungen sind somit nicht notwendig.

### *Bauliche Gegebenheiten*

In allen vorhandenen Flyern und Broschüren zum Thema findet man viele Hinweise und Tipps zur Praxisgestaltung, um Blinden und sehbehinderten Patienten den Zugang zu ermöglichen und die Orientierung zu erleichtern. So empfiehlt das praxis-tool- barrierefreiheit

Orientierungshilfen für Sehbehinderten und blinden Menschen wie taktile Bodenelemente, die mit dem Tastsinn deutlich wahrnehmbar und kontrastreich gestaltet sind (Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V., 2017).

Alle Interviewten klagten über eine mangelnde Umsetzung der Orientierungshilfen in der Praxis. Häufig wurde bei den Interviews das schlechte Farbkonzept der Praxen mit fehlenden Kontrasten angesprochen.

Hilfe beim Zurechtfinden erhielten die Interviewten, wenn sie sich als blind oder sehbehindert zu erkennen gaben. Diese Problematik greift auch eine Studie von Smeltzer auf. Dabei heißt es, dass die Bedürfnisse der Sehbehinderten oft übersehen werden, da sie „normal“ aussehen (Smeltzer, Ott, Zimmermann, & Duffin, 2010).

In einer Arbeit von O'Day, Killeen und Iezzoni wird der Zugang als größte Barriere beim Arztbesuch deklariert. Dabei sind aber nicht die fehlenden Kontraste das Hauptaugenmerk, sondern die fehlende Beschriftung der Räumlichkeiten mit Großschrift oder Blindenschrift (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004).

Mögliche Ursachen für die fehlende Umsetzung werden im folgenden Abschnitt diskutiert. Nicht allen Vertragsärzten ist es möglich, ihre Praxis umbauen zu lassen – denn ein solcher Umbau ist extrem teuer. Gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vor kurzem ein Architekturbüro damit beauftragt, die Kosten für den barrierefreien Umbau einer Arztpraxis zu beziffern. In dem Gutachten sind die notwendigen Investitionen konkret benannt, die je nach Lage, Stockwerk, Alter und technischer Ausstattung anfallen würden. Sie liegen häufig im unteren sechsstelligen Bereich. Das seien Summen, die von den Praxen alleine nicht zu stemmen seien (Osterloh, 2016).

Die Bundesregierung plant, als ressortübergreifende Maßnahme eine mit Bundesmitteln gestützte Initiative zum Thema ‚Barrierefreiheit in Unternehmen‘ aufzulegen, die insbesondere freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten zugutekommen soll. Dabei soll geprüft werden, ob im Rahmen vorhandener Kreditprogramme der KfW das Fördermerkmal ‚Barrierefreiheit‘ stärker herausgestellt und mit einer speziellen Vertriebskampagne für barrierefreie Arztpraxen adressiert werden könnte (Osterloh, 2016).

Um oben genannte Kosten zu berücksichtigen, sollten Praxisgründer bei der Praxissuche von Anfang an auf Barrierefreiheit achten. Auch im Zuge einer Modernisierung können Elemente daraus umgesetzt werden.

Um herauszufinden, ob lediglich die Kosten bei der Gestaltung einer barrierefreien Praxis ursächlich für die fehlende Umsetzung sind oder noch andere Faktoren wie Unwissenheit eine Rolle spielen, müssten entsprechende Ärzte befragt werden.

In keiner der vorgestellten Studien wird darauf eingegangen, ob den Patienten geholfen wird sich in der Praxis zurechtzufinden.

### *Kommunikation*

Alle befragten Blinden und Sehbehinderten gaben an, dass sie Hilfe beim Ausfüllen von Formularen benötigen. Alle Interviewten, bis auf einen, gaben dabei an, dass das Ausfüllen der Formulare am Tresen erfolgte und so die anderen Patienten mithören konnten. Alle waren sich dabei einig, dass aus Gründen der Diskretion und des Datenschutzes ein extra Raum aufgesucht werden sollte.

Die Studie von O'Day, Killeen und Iezzoni bestätigt die oben beschriebenen Erfahrungen. So wird beschrieben, dass beim Ausfüllen von Formularen Hilfe benötigt wird und das Ausfüllen aber ohne Beachtung der Privatsphäre im Warteraum stattfindet (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004).

Eine Befragte begründet die mangelnde Diskretion und den nicht gewährten Datenschutz folgendermaßen:

P7: „Es kommt auf die Räumlichkeit drauf an, ob die Schwestern in einen extra Raum gehen, wie viel Zeit sie haben.“
---

Entscheidend für die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient ist der verantwortungsvolle Umgang mit den persönlichen Daten des Patienten. Bereits Hippokrates bezeichnete die Wahrung des Patientengeheimnisses als "heilige Pflicht". Wie wichtig den Patienten Diskretion in der Arztpraxis ist, belegt eine Umfrage des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz (ULD). Danach wollen 95,3 % der 613 befragten Personen

das Patientengeheimnis gewahrt sehen und 88,6 % werden sich nicht bei einem Arzt in Behandlung begeben, der die Diskretion ignoriert.

Eine Überprüfung, inwieweit Optimierungen möglich sind, lohnt sich, denn 50,1 % der Befragten gaben an, die Daten Dritter in einer Arztpraxis mitgehört zu haben (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz, 2014).

So gaben auch alle Interviewten an, dass sie einen extra Raum bevorzugen würden.

Der gleiche Artikel berichtet auch über Erfahrungen im Bereich der Kommunikation mit Ärzten, welche blinde und sehbehinderte Patienten im Rahmen des Besuches gemacht haben. So wurde von den Befragten häufig bemängelt, dass die Adressaten im Gespräch mit den Ärzten häufig die Begleiter sind (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004). Von dieser Erfahrung berichteten zwei der Interviewpartner. Allerdings nicht bei der Kommunikation mit dem Arzt, sondern mit den Arzthelferinnen. Zudem beschreiben die Befragten oben genannter Studie, dass die Ärzte auf die Behinderung fokussiert sind und nicht auf die aktuellen Beschwerden des Patienten, dass eine Vorwarnung vor ärztlichen Maßnahmen fehlt und sie in der dritten Person von den Patienten sprechen. Zudem wurde von fehlendem grundlegenden Respekt gesprochen, im Sinne, dass die Ärzte Mitleid für die Blinden und Sehbehinderten empfinden. Dieses Problem besserte sich jedoch bei längerer Behandlungsdauer (O'Day, Killeen, & Iezzoni, 2004).

Keine dieser Aussagen konnte in dieser Arbeit bestätigt werden. Eine Patientin berichtet darüber, dass die Arzthelferinnen nicht jedoch der Arzt in der dritten Person über sie gesprochen hatte.

Von vielen Patienten wurde die Unsicherheit der Arzthelferinnen beim Führen eines Blinden kritisiert. In der Literatur findet man keine Daten dazu, wie zufrieden Blinde und Sehbehinderte in diesem Bereich sind. Wahrscheinlich kann man annehmen, da das Erlernen bestimmter Fertigkeiten im Umgang mit der speziellen Patientengruppe nicht Inhalt der Ausbildung zur Arzthelferin ist, dass in diesem Bereich eine große Unsicherheit herrscht.

Auch die Frage, ob blinde und sehbehinderte Patienten Hilfe bei der Orientierung in der Praxis erhalten und ob ihnen eine Beschreibung der Umgebung gegeben wird, kann durch die vorhandene Literatur nicht beantwortet werden. Es wird lediglich auf Schwierigkeiten bei der



Orientierung hingewiesen und gesagt, dass eine Bildbeschreibung wünschenswert wäre (DBSV, Sehende Begleitung, 2012).

Die Arzthelferin stellt für den Patienten die erste Anlaufstelle dar. Dennoch existieren im deutschsprachigen Raum bisher keine systematischen Untersuchungen über die Arzthelferin-Patient-Kommunikation. In Aus- und Fortbildung spielen Techniken der Gesprächsführung eine untergeordnete Rolle.

Eine Studie zum Thema „schwieriger Patient“ im Ärzteblatt zeigt, dass für die Arzthelferinnen viele Facetten eines schwierigen Patienten existieren. Eine Sonderstellung nehmen dabei Patienten mit psychischen Erkrankungen ein, der Umgang mit diesen Menschen geht häufig mit Unbehagen oder Angst einher. Die eigenen Strategien im Umgang mit den als schwierig beurteilten Patienten werden von den Befragten meist als unzureichend angesehen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass die Ausbildung im Bereich der Gesprächsführung für Arzthelferinnen im Umgang mit o.g. Patienten nicht ausreicht. Insbesondere bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen kommt es häufig zu Fehleinschätzungen und Konfliktsituationen. Der überwiegende Teil der Befragten weiß um den Mangel an Hintergrundwissen und Handlungsstrategien. Deshalb erscheint die Entwicklung einer Fortbildung sinnvoll, die Techniken der Gesprächsführung vermittelt (Rothe, et al., 2006).

Überträgt man diese Untersuchung auf blinde und sehbehinderte Menschen, wäre es möglich, dass auch hier der überwiegende Teil der Arzthelferinnen, auf Grund mangelnden Hintergrundwissens und fehlender Handlungsstrategien, die Patientengruppe als „schwierig“ einschätzen würde. So könnten die vielen von den Interviewten genannten Probleme und schlechten Erfahrungen in der Kommunikation begründet werden.

Auch das folgende Zitat einer Befragten bestätigt oben dargestellte These.

P1: „[...] weil wenn ich mich jemanden anvertraue, der keinen Umgang mit Blinden hat, dann passiert mir was, weil die Menschen es nicht gewohnt sind sich so zu konzentrieren und es kann auch keiner auf diesen blinden Menschen eingehen. Auch keine Ärzte.“

Beschäftigt man sich mit der Arzt-Patienten-Kommunikation, fällt auf, dass es Studien zur Bewertung der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte gibt. Diese soll im Folgenden besprochen werden. Allerdings muss vorab gesagt werden, dass die Bewertungen nicht von einer speziellen Patientengruppe wie Blinden und Sehbehinderten stammt und die Zufriedenheit mit Ärzten ein anderes sehr komplexes Thema ist.

Eine Umfrage des Gesundheitsmonitors 2014 zeigt, dass die Dauer des Behandlungsgesprächs in der Arztpraxis von der überwältigenden Mehrheit (86 Prozent) als gerade richtig eingestuft wird. Außerdem fühlen sich die Patienten von ihrem Hausarzt keineswegs oberflächlich behandelt. Etwa drei Viertel der Befragungsteilnehmer gaben an, dass ihr Arzt sehr viel oder viel über ihre Krankengeschichte wisse und sie eine mangelnde Gründlichkeit der Untersuchung noch nie erlebt hätten (Böcken & Marstedt, 2014).

Auch im Bereich der Prozessqualität urteilten die Befragten überwiegend positiv. Dabei wurden drei Merkmale erfasst: Kommunikation und Information in der Arztpraxis, Erfahrungen in Situationen, die eine partizipative Entscheidungsfindung nahelegen sowie Probleme bei der Kooperation mit Fachärzten und bei der Koordination der Behandlung. Für eine gute Ergebnisqualität hausärztlicher Versorgung ist in erster Linie die Arzt-Patienten-Kommunikation von Bedeutung. Damit gewinnt das ärztliche Gespräch eine herausragende Bedeutung für das Wohlbefinden und die Genesung der Patienten (Böcken & Marstedt, 2014).

Relevanter erscheint die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Insgesamt wird deutlich, dass eine harsche Patientenkritik nur in Ausnahmefällen geäußert wird. Der Prozentanteil derjenigen, die ihren Hausarzt durchweg eher oder sehr negativ bewerten, ist mit – je nach Frage – zwei bis acht Prozent sehr gering. Höher fällt allerdings der Anteil derjenigen aus, die zumindest partiell schon negative Erfahrungen gemacht haben. Bewertet man auch diese »teils teils« Antworten als Negativerfahrung, trifft dies für elf bis 29 Prozent der Patienten zu.

Insgesamt fallen etwas mehr als ein Drittel der Patienten (38%) in eine Gruppe mit überdurchschnittlich positiver Bewertung der Arzt-Patienten-Kommunikation (Böcken & Marstedt, 2014).

Auch bei den durchgeführten Interviews, waren die Patienten insgesamt zufrieden mit der Behandlung durch den Arzt. Allerdings gaben alle Befragten an, schlechte Erfahrungen beim Arztbesuch gemacht zu haben. Im Vergleich gaben dies maximal 29% oben vorgestellter Studie an. Ursächlich dafür könnte die schwierigere Kommunikation mit den Sehbehinderten und Blinden sein, da Mimik und Körpersprache fehlen und somit nicht interpretiert werden können. Auch die fehlenden Handlungsstrategien im Umgang mit blinden und sehbehinderten Patienten haben wahrscheinlich einen Einfluss auf die vielen negativen Erfahrungen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Befragten mit der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte zufrieden waren und sie vergleichsweise besser als die der Arzthelferinnen eingeschätzt wurde. Ursache dafür könnte das Kommunikationstraining im Medizinstudium sein. Seit der Änderung der Approbationsordnung 2012 ist die Gesprächsführung offiziell Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Prüfung (Richter-Kuhlmann, 2015).

### *Medikamente*

Dass Beipackzettel von Medikamenten viele Patientenwünsche hinsichtlich einer verständlichen und zuverlässigen Information über Arzneimittel offenlassen, hat zuletzt eine große Zahl von Studien deutlich gemacht. Umso mehr wäre es zu wünschen, dass bei rezeptpflichtigen Arzneien der verordnende Fach- oder Hausarzt solche Informationen weitergibt (Braun & Marstedt, 2011).

Laut EU-Richtlinie sind die Hersteller von Medikamenten zur Kennzeichnung der Packungen mittels Braille verpflichtet. Leider beherrschen nur etwa 20% der Blinden die Brailleschrift (DBSV, Zahlen und Fakten, 2017). Ursachen dafür sind vor allem, dass vorwiegend ältere Menschen von Sehbehinderung und Blindheit bedroht sind. Es ist für diese Personen meist zu schwer sich auf die Brailleschrift umzustellen, zudem erschweren Störungen des Tastsinns das Erlernen der Schrift. Des Weiteren erfordert das Lesen der Schrift viel Zeit. Nur sehr geübte „Brailleleser“ schaffen 100 Wörter pro Minute. Aus diesen Gründen benutzt nur Einer der Befragten diese Möglichkeit, um eine Verwechslungsgefahr der Medikamente zu vermeiden.

Am Häufigsten orientieren sich die Blinden und Sehbehinderten an der Packungsgröße und der Tablettengröße und -form um ihre Medikamente zu unterscheiden. Diese gängige

Methode wird auch vom DBSV empfohlen und ist zudem wenig aufwendig. Auch Schulze stellt diese Möglichkeit in seinem Buch „Sehbehinderten und blinden alten Menschen professionell begegnen und helfen“ als Erstes vor (Schulze, 2003).

Deutschen Pharmaunternehmen sind verpflichtet, die Informationen aus den Beipackzetteln auch blindengerecht zur Verfügung zu stellen. Das Problem dabei ist, dass die Unternehmen die wichtigen Gebrauchsinformationen ausschließlich telefonisch anbieten möchten. Dabei gibt es Fragen, die man nicht mit fremden Menschen besprechen möchte. Aus diesem Grund gibt es seit Juni 2010 einen Service des DBSV und der Roten Liste, mit dessen Hilfe die Pharmaunternehmen ihre Gebrauchsinformationen barrierefrei zur Verfügung stellen können (Rote Liste Service, 2017). Nutzer können sich Beipackzettel im Internet beim Patienten-Info-Service vorlesen lassen. Ferner bietet die barrierefrei gestaltete Website die Möglichkeit zur Kontrastansicht, die Sehbehinderten das Lesen erleichtert und im Großdruck. Pharmafirmen sind leider nicht verpflichtet an diesem Service teilzunehmen. Bisher hat sich nur ein Bruchteil der Hersteller daran beteiligt. Die Interviewten gaben dabei an, dass der Patienteninfoservice selten und die Telefonhotline gar nicht genutzt wird. Mögliche Gründe dafür wurden zum Teil schon oben dargestellt. Weitere Ursachen könnten sein, dass vor allem ältere Sehbehinderte Schwierigkeiten haben, sich im Internet zurecht zu finden. Auch fehlendes Interesse oder ein Unwissen über die verschiedenen Möglichkeiten an Auskünfte zu gelangen können als Ursache genannt werden.

Auffällig bei den Interviews war, dass die konsultierten Ärzte die Befragten nicht über mögliche Nebenwirkungen aufklären. Alle Interviewten gaben an, dass lediglich der Apotheker auf Nachfrage darauf hinweist. Dabei trifft den Apotheker keine Aufklärungspflicht, denn über eventuelle Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen muss der Apotheker nur dann beraten, wenn sie sich aus den Angaben auf der Verschreibung oder aus den Angaben des Patienten ergeben (§ 20 Absatz 2 Apothekenbetriebsordnung). Nach den Angaben der Interviewten zu urteilen, klären Ärzte, bis auf wenige Ausnahmen, nicht über mögliche Nebenwirkungen von Neuverschreibungen auf. Dabei ist immer derjenige Aufklärungspflichtig, der die Behandlung durchführt, also der Arzt (BGH 2005, AZ VI ZR 289/03). Grundsätzlich muss die Aufklärung mündlich erfolgen. Nur so ist gewährleistet, dass die individuelle Krankheitssituation, die persönliche Lebenssituation und der Intellekt des Patienten ausreichend Berücksichtigung finden.

Die vorhandene Literatur bestätigt die Aussage der interviewten Blinden und Sehbehinderten. In einer Studie von Braun und Marstedt wird deutlich, dass die Erklärungen des Arztes zu Verschreibungen recht unterschiedlich ausfallen. Patienten stellen kaum Defizite fest, was Erläuterungen zur Indikation oder zur Einnahmedauer und Dosierung betrifft. Auch Hinweise zur Wirkungsweise des Medikaments werden noch überwiegend positiv bewertet. Erhebliche Mängel sind bei Informationen über Nebenwirkungen feststellbar: sowohl bei der Beschreibung der Art möglicher Beschwerden als auch im Hinblick auf das Verhalten in solchen Fällen (Braun & Marstedt, 2011).

Ob die Ärzte aus Zeitmangel oder Bequemlichkeit nicht aufklären, bleibt ungeklärt.

### *Informationen*

Als genutzte Medien wurden das Internet, Zeitschriften, Bücher, Radio und das Fernsehen angegeben. Diese Ergebnisse decken sich mit der vorhandenen Literatur. So beschreibt Smeltzer Radio, Fernsehen, Audiomagazine, Bücherei für Blinde, Mundpropaganda, Lesemaschinen, Internet, Drucker in Blindenschrift/ großer Schrift als benutzbare Informationsquellen (Smeltzer, Ott, Zimmermann, & Duffin, 2010).

Auch Schulze bestätigt, dass die Sehgeschädigten ihre Informationsbedürfnisse in der Regel durch Hörfunk und Fernsehen und, wenn vergrößernde Sehhilfen nichts mehr nützen oder auf die Dauer zu sehr ermüden, Medien in sogenannten DAISY-Format oder durch die Benutzung elektronischer Geräte, die Normalschrift in Sprache oder Blindenschrift umsetzen befriedigen (Schulze, 2003). DAISY steht für Digital Accessible Information System und bietet verschiedene Navigationsmöglichkeiten in Hörbüchern und anderen digitalen Hörmedien.

Eine Studie im Gesundheitsmonitor zeigt, dass das Interesse an Gesundheitsthemen generell sehr hoch ist. Fast 90 Prozent der Befragten gaben an, sich im letzten Jahr über gesundheitsrelevante Aspekte informiert zu haben. Als Quelle nahm das Internet dabei einen mittleren Stellenwert ein. Etwa 38 Prozent nutzten es, um sich über Fragen der Gesundheit zu informieren. Persönliche Gespräche mit Ärzten, Freunden und Bekannten, Krankenkassen- und Apothekenzeitschriften sowie die traditionellen Massenmedien nehmen jedoch noch einen höheren Stellenwert ein (Baumann & Czerwinski, 2015).

Die Befragten dieser Untersuchung gaben alle als am häufigsten genutztes Medium das Internet an. Ursache dafür könnte sein, dass oben genannte Apothekenzeitschriften und Broschüren, weder in Großdruck noch in Braille zur Verfügung stehen.

Zudem fiel bei den Interviews auf, dass nur Blinde ein Vorlesesystem besitzen, was eine weitere Ursache für die geringere Nutzung geschriebener Literatur erklärt. Der folgende Auszug aus einem Interview zeigt dafür eine Ursache auf.

P8: „Ach so? Wo gibt es das?“

I: „Über die Krankenkasse kann man das beziehen.“

P8: „Dann werden sie mir das nicht geben.“

Wie das Beispiel zeigt, wussten viele der Befragten Sehbehinderten meist nicht über die Existenz dieser Möglichkeit Bescheid. Ursächlich dafür könnte eine fehlende Information von ärztlicher Seite sein oder Hürden bei der Übernahme der Kosten von der Krankenkasse. Denn der Augenarzt kann das Produkt verordnen. Allerdings muss auf dem Rezept außer der Produktbezeichnung noch die Diagnose eingetragen werden. Es ist also möglich, dass viele Krankenkassen eine Kostenübernahme bei Sehbehinderten ablehnen und der Augenarzt seine Patienten deswegen nicht auf das Hilfsmittel hinweist. Auch oben genannter Artikel bestätigt die fehlende Information durch Ärzte.

Außerdem wurde gefragt, ob die Interviewten zufrieden mit den Informationen sind, die sie vom Arzt erhalten.

Laut einer Studie von Streich, Klemperer und Butzlaff sind knapp 70% aller Ärzte in der Lage, ihren Patienten alles gut verständlich zu erklären. Die Zulassung ausführlicher Fragen „alle, die mir in den Kopf kamen“ und ihre Beantwortung gehören ebenfalls gerade noch dazu. Jedoch nicht die ausdrückliche Aufforderung, Fragen zu stellen (Streich, Klemperer, & Butzlaff, 2004).

Eine Studie von Hopper und Fischbach, befasst sich damit, was Patienten wissen wollen und was Ärzte meinen, was ihre Patienten wissen wollen. Dabei zeigte sich, dass die Diskrepanz zwischen erhaltenen und gewollten Informationen gering ist. Keiner der Befragten gab an, dass er zu viele Informationen erhalten hatte (Hopper & Fischbach, 1989).

Die Ergebnisse der Literatur decken sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit. So empfanden alle Interviewten die Informationen durch den Arzt als ausreichend. Allerdings gaben auch alle Befragten an, bei Bedarf nachzufragen oder sich Informationen selbst zu beschaffen.

### *Präferenzen*

Zuerst sollten die Interviewten das ambulante Gesundheitssystem in Deutschland bewerten. Insgesamt waren alle Befragten zufrieden. Viele waren der Meinung, dass sie Hilfe erhalten, sollten sie diese unbedingt benötigen. Ein Befragter hat dem deutschen Gesundheitssystem Bestnoten gegeben, wie nachfolgendes Zitat zeigt.

P2: „Allgemein, im Vergleich zu anderen Ländern, ist das hier eigentlich spitzenmäßig muss ich sagen. Wir leben hier in einer Speckschicht, das ist unglaublich und regen uns über jedes bisschen auf. Ich bin zufrieden.“

Eine Studie des Commonwealth Fund (CWF) beschäftigte sich mit der wissenschaftlichen Betrachtung der Qualität der Gesundheitsversorgung internationaler Gesundheitssysteme. Seit 1999 erhebt der CWF Parameter der Gesundheitsversorgung zum Vergleich der Qualität zwischen Australien, Kanada, Neuseeland, den USA und Großbritannien. 2005 beteiligte sich erstmals Deutschland an der Untersuchung.

Ziel 2005 war die Betrachtung der Qualität der Gesundheitssysteme aus Patientensicht.

Folgende Aspekten und Themen waren Inhalt der Befragung: generelle Bewertung des Gesundheitssystems, finanzielle Belastungen, Arzt-Patienten-Kommunikation, Zugang zu Gesundheitsleistungen und fachärztlicher Versorgung, Erfahrungen im Krankenhaus und Versorgungsqualität.

Ergebnis der Studie war, dass die Stärken des deutschen Gesundheitssystems im Vergleich zu den anderen Ländern in der Arzt-Patienten-Beziehung liegen. Deutsche Patienten haben vergleichsweise längere Beziehungen zu den betreuenden Ärzten und erhalten weniger widersprüchliche Informationen (Schoen, Osborn, Phuong, Doty, & Fenley, 2005).

Diese Aussage deckt sich mit den Antworten der befragten Blinden und Sehbehinderten. Viele gaben an, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärzten besteht, da diese schon jahrelang aufgesucht werden.

Laut CWF gestaltet sich der Zugang zu primärärztlicher, fachärztlicher- und Notfallversorgung für deutsche Patienten einfacher. Sie haben die kürzesten Wartezeiten in Allgemein- und Facharztpraxen sowie bei geplanten Operationen und Notfallbehandlungen.

Diese Aussage deckt sich nicht mit den Antworten der Interviewten, wie folgendes Zitat zur Terminvergabe beispielhaft zeigt.

P4: "Na die ist ja bei Augenärzten ziemlich kompliziert [...]. Bei anderen auch, egal eigentlich. Zu lange. Außer du hast jetzt wirklich einen Notfall, dann gehst du halt hin. Ansonsten sind die Termine fast zu lang [...] was die Fachärzte betrifft."

Fast alle Befragten, empfanden die Wartezeiten auf Facharzttermine als zu lang. Allerdings hatten die Interviewten keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen.

Das auffälligste Defizit in der medizinischen Versorgung in allen Ländern erscheint die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Die Befragten dieser Arbeit bewerteten die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte allerdings als durchweg positiv. Defizite wurden häufig in Kontakt mit den Arzthelferinnen angegeben.

Bei einer Studie im Gesundheitsmonitor 2014, die sich mit den Erfahrungen, der Zufriedenheit und den Erwartungen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mit dem deutschen Gesundheitssystem beschäftigt konnte die eingangs gestellte Frage: „Wie ist es um die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen bestellt?“ positiv beantwortet werden. Denn über die Hälfte (51%) ist „zufrieden“ oder sogar „sehr zufrieden“ mit dem deutschen Gesundheitswesen. Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass nur elf Prozent der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen „unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ sind (Böcken, Braun, & Meierjürgen, 2014).

Dies deckt sich mit den Daten dieser Arbeit, in der die Befragten das deutsche Gesundheitssystem auch überwiegend positiv bewertet haben.

Wensing stellte auf der Basis eines Reviews in über 19 Artikel heraus, dass die Menschlichkeit des Arztes in 86 Prozent der Studien das herausragende Auswahlkriterium für



Hausärzte war. Danach folgte mit 64 Prozent die Kompetenz (Wensing, Jung, Mainz, Olsen, & Grol, 1998).

Die Studien von Scott und Vick sowie von Newton zeigten die große Bedeutung der Kommunikation. Als wichtigstes Kriterium kristallisierte sich die Möglichkeit und Zeit, mit dem Arzt zu sprechen und ihn zu verstehen, heraus. Zudem spielte die Wartezeit auf einen Termin eine wichtige Rolle bei der Praxisauswahl (Scott & Vick, 1999).

Die Befragungsergebnisse einer Studie im Gesundheitsmonitor zeigen, dass die Bürger sowohl bei der Haus- als auch bei der Facharztsuche insbesondere kommunikative Aspekte des Arzt-Patienten-Kontakts für besonders wichtig halten. Als häufigste Auswahlkriterien für die Arztwahl nennen die Befragten das Eingehen auf Fragen, die Verständlichkeit der Erklärung und die Freundlichkeit/Umgangston.

Weitere wichtige Faktoren sind Wissenschaftlichkeit, die Auswahl der Behandlungsverfahren sowie die Erfolgsrate und Erfahrungen anderer Patienten. Auch bei der Praxissuche legt die Mehrheit großen Wert auf die Freundlichkeit und den Umgangstons in der Praxis.

Darüber hinaus werden die Sauberkeit, die Nähe zum Wohnort, sowie die Wartezeit auf einen Termin und in der Praxis wertgeschätzt (Geraedts, 2008).

Die größte Präferenz liegt bei Blinden und Sehbehinderten für den Arztbesuch in der zwischenmenschlichen Beziehung. Freundlichkeit und ein guter Umgangston wurde von allen als wichtigster Indikator für eine positive Praxisbewertung angegeben. Darin decken sich die Ergebnisse der durchgeführten Interviews mit der vorhandenen Literatur.

Die zweitwichtigste Präferenz war die Ehrlichkeit des Arztes. Einzelne Befragte gaben auch die Erreichbarkeit und die Organisation des Praxisablaufs als wichtiges Kriterium an. Diesen Aspekt findet man auch in der vorhandenen Literatur.

Lediglich Faktoren wie Wissenschaftlichkeit, die Auswahl des Behandlungsverfahrens und die Erfolgsrate wurden von den Befragten nicht genannt.

Ursache dafür könnte sein, dass den Teilnehmern der Studie des Gesundheitsmonitors Kriterien vorgelegt wurden, während die Interviewten frei antworten sollten. Auch wurde in dieser Arbeit nicht zwischen Hausärzten und Fachärzten unterschieden.

Weitere verschiedene Einflussgrößen wie Gesundheitszustand, Alter oder Sozialschicht müssen ebenfalls beachtet werden. So besteht die Möglichkeit, dass die Befragten aufgrund ihrer Sehbehinderung die Kriterien anders setzen.

### *Verbesserungsvorschläge*

Sowohl in der Arzt-Patient-Kommunikation als auch in der Kommunikation mit den Arzthelferinnen ist es zu vielfältigen Problemen gekommen. Viele der Interviewten halten deshalb ein Schulungsprogramm für Mediziner und ihre Angestellten für sinnvoll, um den Umgang mit Blinden und Sehbehinderten zu trainieren. Ein Befragter reagierte mit Unverständnis darauf, dass in der medizinischen Ausbildung kein Training stattfindet, wie folgendes Zitat zeigt.

P4: „Aber eigentlich müssten sie es wissen, das gehört zur Ausbildung dazu. Also wenn ich Medizin studiere und dort eine Ausbildung habe, erwarte ich eigentlich, dass sie mit Behinderten umgehen können, aber das mit allen.“

Da es im Medizinstudium eine Fülle von theoretischen Grundlagen zu lernen gilt, kommt der praktische Teil oft zu kurz. Des Weiteren geht es in den Übungen häufig um Untersuchungstechniken. Das angebotene Wahlfach „Arzt-Patient-Kommunikation mit blinden und gehörlosen Patienten“ ist ein erster Schritt dieses Defizit auszugleichen.

Auf die Frage, ob Schulungsprogramme einen Gewinn für die Mitarbeiter und damit eine Verbesserung für den Patienten bringt, zeigt eine Untersuchung von Khan und Simon. Dort wurde aufgrund der fehlenden geriatrischen Weiterbildung von Krankenschwestern, Medizinstudenten und anderen Berufsgruppen ein interaktives Ausbildungsmodul für Gesundheitspersonal getestet, um die Kenntnisse über Sehstörungen zu erhöhen und das Bewusstsein im Umgang mit dieser Patientengruppe zu verbessern. Nach dem Training hatte sich bei allen Teilnehmern das medizinische Wissen über Erkrankungen und Einschränkungen im Bereich des Sehvermögens verbessert. Auch die Selbstsicherheit im Umgang mit Blinden und Sehbehinderten konnte erhöht werden (Khan & Simon, 2011).

Dies zeigt, dass eine Schulung für medizinisches Personal durchaus sinnvoll ist. Auch können dadurch viele Verbesserungsvorschläge der Befragten umgesetzt werden. Angeboten werden solche Module in Deutschland über den DBSV. Laut Aussage der Mitglieder werden diese

aber kaum genutzt. Ursächlich dafür könnte das Unwissen über die Möglichkeit in den Praxen sein oder Desinteresse.

Zudem äußerten viele Betroffene den Wunsch, dass konkrete Richtungsangaben gemacht werden. Die Informationsbroschüre des DBSV „Sehbehinderung im Alter“ bestätigt, dass übliche Hinweise wie „dort“, „da hinten“ oder „hier lang“ von Blinden und Sehbehinderten nicht eingeordnet und auch entsprechende Gesten nicht eindeutig wahrgenommen werden können. Der Wunsch nach klaren Richtungsangaben ist darum verständlich (DBSV, Sehbehinderung im Alter, 2012).

Außerdem wurde oft angegeben, dass die Interviewten um Hilfe bitten mussten. Es bietet sich an, zu fragen, ob und welche Unterstützung ihr Gegenüber benötigt. Es gibt sehbehinderte und blinde Menschen, die sich selbstständig orientieren können und möchten. Fragen sie den Patienten, wie viel er sieht, und vermerken Sie dies in der Patientenakte. Es geht dabei um den individuellen Eindruck der Personen von ihrem Sehvermögen (Schulze, 2003) .

Interessant ist, dass wenig Verbesserungsvorschläge für die Mediziner gemacht wurden, während die Arzthelferinnen häufig kritisiert wurden. Auf die Frage, welchen Grund dies hatte, gab eine Befragte folgende Antwort.

P1: „Ärzte merkt man schon, sind etwas klüger.“
---

Ein weiterer möglicher Grund für die geringere Kritik könnte die höhere Stellung und die Abhängigkeit der Patienten von Ärzten sein.

Auch der Wunsch nach Raumbeschreibungen ist verständlich, wenn der sehbehinderte oder blinde Mensch für einen Zeitraum in unbekannter Umgebung alleine ist. Er kann so Geschehnisse und Geräusche besser einordnen (TBSV, 2011).

Alle der angesprochenen Wünsche zum Thema „Führen eines Blinden“ finden sich auch in den Broschüren des DBSV. Wenn das Praxisteam einen sicheren und vertrauten Umgang beim Führen der Patienten hat, werden sie den Stützbedürfnissen des Patienten gerecht. Gleichzeitig wird das Sicherheitsbedürfnis des Geführten und des Führenden befriedigt (Wilcke & Lewerenz, 2011). Auch der Körperkontakt sollte immer angekündigt werden. Dies

ist wichtig, um die blinden und sehbehinderten Menschen in ihrem Bestreben zu unterstützen, trotz erschwelter Bedingungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, und ihre Würde zu achten.

P1: „Ein anderes Problem ist dieses ständige Anfassen. Ständig wird mein intimster engster Kreis verletzt.“

Weitere Verbesserungsvorschläge gab es im Bereich „Bauliche Gegebenheiten“. So wünschen sich alle Befragten eine barrierefreie Praxis.

Blindheit und hochgradige Sehbehinderung schränken die Fähigkeit zur Orientierung stark ein. Das Zurechtfinden in unbekannter Umgebung kann zu großen Unsicherheiten und Ängsten führen, die Fortbewegung wird anstrengender. Eine Abhängigkeit von der Hilfe anderer entsteht. Aus diesem Grund wünschen sich viele Befragte eine Anpassung der baulichen Gegebenheiten in der Praxis an ihre Bedürfnisse.

Schulze beschreibt, dass Blinde und sehbehinderte Patienten nicht nur besonders viel Licht benötigen, vielmehr muss dieses auch gleichmäßig über die Räume verteilt sein. Ein abrupte Wechsel von einem hellen in einen dunklen Raum oder umgekehrt kann dazu führen, dass jemand anstößt oder stolpert und sich verletzt. Um das Licht möglichst gleichmäßig zu halten und eine Blendung durch Lichtquellen zu vermeiden, wird indirekte Beleuchtung empfohlen. Um in jedem Einzelfall die Beleuchtungsverhältnisse zu optimieren, wird empfohlen, eine Low-Vision-Trainerin hinzuzuziehen (Schulze, 2003).

Die zweite große Hilfe für Sehbehinderte ist die Schaffung starker Farbkontraste: Je mehr sich ein Gegenstand farblich von einem anderen abhebt, desto leichter wird er gesehen und erkannt (Schulze, 2003).

Oft wurde in den Interviews der Wunsch der Betroffenen nach Markierungen geäußert. Das würde Patienten zugutekommen, die noch genügend sehen. Markierungen die visuelle Orientierung und erfüllen das Sicherheitsbedürfnis der Blinden und Sehbehinderten.

Auch der Wunsch nach einer lesbaren Beschilderung innerhalb der Arztpraxis an z.B. Türen ist verständlich. Denn je barrierefreier das Leben funktioniert, umso geringer ist das Empfinden einer Behinderung und umso kleiner die damit verbundenen Einschränkungen.

Im Themenbereich Informationen wünschen sich die Befragten vor allem eine bessere Aufklärung bei Neuverschreibung von Medikamenten und eine barrierefreie Homepage.

Dieser Wunsch der Blinden und Sehbehinderten ist verständlich, da die Gestaltung der Informationen zum einen, auf Grund der Informationsflut und zum anderen oft so gestaltet sind, dass sie nur schwer lesbar und damit auch oft schwer verständlich sind. Die Sicherheit, dass die Informationen richtig ankommen, ist für alle Beteiligten enorm wichtig (DBSV, Klartext! Barrierefreie Gestaltung von schriftlichen Informationen, 2008).

Ursächlich für die fehlende Umsetzung einer barrierefreien Homepage könnte sein, dass für viele Möglichkeiten zur Gestaltung des Internetauftrittes umfassende Kenntnisse in Web-Programmiersprachen notwendig sind. In Eigenregie ist das für die meisten Anwender nicht zu bewältigen, so dass sie auf die Hilfe von professionellen Web Designern und Internet Agenturen zurückgreifen müssen. Dafür entstehen aber schnell hohe Kosten. Die Marketing- und Werbemaßnahmen von Ärzten und Krankenhäusern sind in Deutschland nur wenig erforscht. Mehr als die Hälfte der Internet-Präsenzen (55 Prozent) wurden von kommerziellen Anbietern erstellt. Laut Ärzteblatt erstellen 70,18% der Ärzte die Seite selbst, 67,39 % beauftragen eine externe Agentur (Elste & Diepgen, 2002).

Viele der Interviewten wünschen sich eine bessere Aufklärung hinsichtlich Nebenwirkungen bei der medikamentösen Therapie. Wie in 6.1.4 erläutert, und in 7.3 diskutiert, haben die Patienten mit vielen Schwierigkeiten bei der Informationssuche zu tun. Aus diesem Grund ist der Wunsch nach einer besseren Aufklärung verständlich, was ein Artikel von Hart, Johnston und Jackson bestätigt, der auf ein potentiellies Risiko bei Medikamentenfehlern und die sinkende Möglichkeit Entscheidungen auf Grund von Informationen zu treffen in dieser Patientengruppe hinweist (Hart, Johnston, & Jackson, 2012).

#### **7.4 Entwicklung eines Unterrichtsmoduls**

Um die Erfahrungen aus den Interviews und die Ergebnisse dieser Arbeit möglichst vielen zukünftigen Ärzten zugänglich zu machen wurde ein Unterrichtsmodul entwickelt. Da der Erwerb der 4 Fachkompetenzen (Fach,- Methoden,- Selbst,- und Sozialkompetenz) wichtig für das spätere Berufsleben ist, wurde versucht, diese zu berücksichtigen und in das Unterrichtsmodul einzuarbeiten.

Der Begriff Kompetenz wird im Medizinstudium und im späteren Berufsleben häufig verwendet. Diskussionen, die sich um die Qualität einer Arbeit drehen, sind ohne die Verwendung des „Kompetenzbegriffs“ nicht mehr denkbar (Schied, 2013).

Definiert wird der Begriff der Kompetenz als „die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten, sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten in Arbeits- und Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen“. Den größten Konsens findet die Gliederung in die vier Kompetenzklassen der Fach,- Methoden,- Selbst,- und Sozialkompetenz (Schied, 2013).

Das erarbeitete Modul wurde erstmals am 12.04.2017 unter dem Titel „Arzt-Patient-Kommunikation mit blinden und gehörlosen Patienten“ im Fachbereich Psychosomatik als Wahlfach für die Linien AoM und KoM im Zweiten Studienabschnitt (§ 2 ÄAppO Abs. 8 und § 27 Abs. 1) angeboten und durchgeführt. Kerninhalt war die Gestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation mit blinden und gehörlosen Patienten.

Die Veranstaltung dauerte insgesamt 135 Minuten und war auf 20 Teilnehmer beschränkt.

Um das Eindenken in die Thematik anzuregen, begann das Modul mit der Kommunikationsmethode „Kugellager“ (eine kurze, paarweise, rotierende Diskussion relevanter inhaltlicher Fragen).

Anschließend erfolgte zur Einführung in die Thematik ein Vortrag zur „Theorie der Blinden und Sehbehinderten“ mittels Power Point Präsentation. Ziel war es, die Fachkompetenz zu stärken. Durch die theoretische Wissensvermittlung sollte die Fähigkeit erworbenes Wissen zu verknüpfen, zu vertiefen, kritisch zu prüfen sowie in Handlungszusammenhängen anzuwenden, erhöht werden (Schied, 2013).

Danach erfolgte eine „Raumführung“. Dabei wurden einem Studenten die Augen verbunden und ein anderer Freiwilliger führte diesen durch den Raum. Die Studenten sollten ein Gefühl für die Problematik bekommen und sich des eingeschränkten Patienten bewusst werden.

Nach der praktischen Übung erfolgte ein Vortrag über die „Theorie der Gehörlosen“.

Auf dem sich anschließenden Rollenspiel lag das Hauptaugenmerk der Veranstaltung. Dabei wurde ein Arztbesuch simuliert, bei dem die Studierenden in den Rollen des Arztes und der

Arzthelferin individuelle Lösungen für die Probleme und Schwierigkeiten des eingeschränkten Patienten im Rahmen der Konsultation finden sollten. Ein Beobachter analysierte die Situation.

Die Sozialkompetenz beschreibt die Fähigkeit im Umgang mit Menschen und damit das „zwischenmenschliche Können“. Soziale Kompetenz gliedert sich in Kommunikationsfähigkeit, Kooperations,- und Teamfähigkeit, Motivationsfähigkeit und Konflikt,- und Kritikfähigkeit (Schied, 2013). In den Rollenspielen sollte Geschick im Umgang mit den speziellen Patientengruppen bewiesen und der Aufbau einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung gefördert werden. Durch die Interaktion der verschiedenen Rollen untereinander sollte zum einen die Teamfähigkeit (Arzt mit Arzthelferin) ausgebaut und die Kommunikationsfähigkeit im Team und mit dem Patienten geübt werden.

Das anschließende Feedback durch den Beobachter ermöglichte es den Darstellern, den Umgang mit Kritik zu erlernen und dem Feedback-Gebenden eine angemessene Darstellung der Kritikpunkte zu geben.

Dabei sollte die Selbstkompetenz erhöht werden, welche als das „Persönliche Wollen und Können“ verstanden wird. Es umfasst die persönliche Einstellung eines Menschen und umschreibt individuelle Persönlichkeitsmerkmale (Schied, 2013).

Um die Kommunikation mit den Patienten zu verbessern erfolgte eine theoretische Zusammenfassung zum Thema „Tipps im Umgang mit blinden und gehörlosen Patienten“.

Nach der Pause wurde oben beschriebenes Rollenspiel erneut durchgeführt. Die wiederholte Durchführung sollte es den Studenten ermöglichen, die gegebenen Tipps umzusetzen und Sicherheit im Umgang mit den beiden Patientengruppen zu gewinnen.

Zum Schluss erfolgte noch eine kurze Darstellung von externen Faktoren welche Einfluss auf den Arztbesuch haben. Ziel war es, den Studenten Möglichkeiten zur barrierearmen Einrichtung einer eigenen Praxis zu geben.

Die Methodenkompetenz zielt auf die Fähigkeit, Fachwissen zu beschaffen und zu verwerten und allgemein mit Problemen umzugehen (Schied, 2013). Durch das am Ende der Veranstaltung ausgegebene Handout, welches wichtige Internetadressen und weiterführende

Literatur zur Thematik enthielt, sollte den Studenten ermöglicht werden, ihr Wissen zu vertiefen. Damit sollte ein weiterer Ausbau der Methodenkompetenz erreicht werden.

Zum Abschluss erfolgte ein „Fingerfeedback“ (siehe Abbildung 9) sowie das Ausfüllen eines Evaluationsbogens durch die Teilnehmer.



Abb. 10: Fingerfeedback (Rockenbauch, Decker, & Stöbel-Richter, 2006)

Ein kurzes mündliches Feedback der Studierenden am Ende der Veranstaltung vermittelte den Eindruck, dass das neue Modul gut aufgenommen wurde und das Interesse der Studenten an der Thematik geweckt werden konnte. So wünschten sich einige Teilnehmer, dass das Wahlfach mehrmals pro Semester angeboten werden sollte, um mehr Studenten die Teilnahme zu ermöglichen. Durch einige Aussagen konnte auch der Verdacht bestätigt werden, dass viele zum ersten Mal mit dem Thema in Berührung gekommen sind und überrascht waren, wie viele Probleme sich schon in der Kommunikation mit Blinden und Sehbehinderten ergeben.

Die Evaluation der Auswertungsbögen, bei denen die Studierenden das Modul auf einer Skala von 1-5 bewerten sollten, (5 bedeutet „trifft zu“) ergab einen Wert von 4,8. Die 18



Teilnehmer waren demnach insgesamt mit der Veranstaltung zufrieden. Da die komplette Auswertung der Evaluationsergebnisse den Rahmen sprengen würde, ist sie nicht Inhalt dieser Dissertation und wird deshalb an dieser Stelle nicht ausführlicher beschrieben.

## 8. Schlussfolgerung

Im folgenden Kapitel sollen auf die forschungsrelevanten Fragen präzise Antworten gegeben werden.

Die Erfahrungen der Befragten zeigen, dass sie sich auch bei unbekannten Wegen (z.B. zur Arztpraxis) gut zurecht finden, wobei ein gutes Zeitmanagement und die Unterstützung von Angehörigen oder Passanten genutzt wird.

Fehlende oder nur schwer lesbare Hausnummern erschweren den Zugang zum Gebäude. Aus diesem Grund sollten die Ärzte darauf achten, dass diese groß und gut lesbar dargestellt werden. Bei Anforderungsknöpfen in Fahrstühlen ist darauf zu achten, dass diese als taktil gut ertastbare, erhabene Pfeilsymbole oder spitzwinklige Dreiecke dargestellt werden und mit Brailleschrift bezeichnet sind. Des Weiteren sind, hell ausgeleuchtete Flure für eine bessere Orientierung notwendig.

Alle Befragten gaben an, dass die baulichen Gegebenheiten der Praxis nicht an ihre Bedürfnisse angepasst sind. Hauptgrund dafür waren die fehlenden Kontraste, die schlechten Lichtverhältnisse und die oft fehlende Akustik

Deshalb ist darauf zu achten, dass Übergänge zwischen Boden und Wand klar unterscheidbar sein. Auch Sitzgelegenheiten und Möbel sollten sich vom Umfeld absetzen. Tageslichtleuchten sorgen für eine ausreichende Beleuchtung.

Dem Praxisteam sollte bewusst sein, dass Blinde und sehbehinderte Patienten mehr Unterstützung bei der Orientierung in der Praxis benötigen.

Beim Ausfüllen von Formularen benötigten alle Patienten Hilfe, da die kleine Schrift für die Betroffenen nicht lesbar ist. Negativ viel die mangelnde Diskretion und der fehlende Datenschutz auf. Ein extra Raum zur Beantwortung würde das Problem lösen.

Zum Thema „Führen“ gaben alle Studienteilnehmer an dass die Arzthelferinnen sehr unsicher im Umgang mit Blinden und Sehbehinderten sind.

Die Bewertung der Kommunikationsfähigkeit der Arzthelferinnen wurde tendenziell negativ bewertet. Das Allgemeinwissen über die Probleme von Sehbehinderung und Blindheit reicht oft nicht aus, um Schwierigkeiten zu erkennen und Verhaltensweisen zu verstehen. Darum

sind Weiterbildungen zum Thema eine gute Möglichkeit vorhanden Kenntnisse zu vertiefen, aufzufrischen und die Kommunikationsfähigkeiten des Teams zu verbessern.

In der Arzt-Patient-Beziehung stehen zwischenmenschliche Aspekte im Mittelpunkt. Die Interviewten wünschen sich einen feinfühligem, mitfühlenden und aufmerksamen Arzt. Im Gespräch soll er wahrheitsgetreu antworten und sich Zeit für seine Patienten nehmen.

Die meisten der Interviewten behalten den Überblick über ihre Medikation auf Grund unterschiedlicher Packungsgröße und Tablettenform.

Auf Nebenwirkungen wird meist weder von Arzt noch Apotheker hingewiesen. Eine mündliche Aufklärung über die Risiken des Arzneimittels und eine stichwortartige Dokumentation durch den Arzt ist notwendig. Darüber hinaus sollte er den Patienten über die Möglichkeit des Patienteninfo-service und der Telefonhotline informieren.

Das Erinnerungssystem für Termine funktioniert für alle Beteiligten gut. Wünschenswert sind für viele Sehbehinderte Arzttermine bei Tageslicht.

Das am häufigsten genannte Medium zur Informationssuche war das Internet. Ein Problem war die fehlende Barrierefreiheit. Bei der Gestaltung ihres Internetauftrittes sollten Ärzte darauf achten, dass dieser für alle zugänglich ist. Da auch andere Medien zur Informationssuche genutzt wurden, sollte der Arzt über verschiedenen Hilfsmittel informiert sein und auf eine mögliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse hinweisen.

Das große Problem bei der Informationssuche ist deren Flut und die viele Zeit, welche benötigt wird um Informationen herauszufiltern. Darum sollten die Ärzte sich vergewissern, dass die Patienten alles verstanden haben und die Möglichkeit Fragen zu stellen einräumen.

Insgesamt waren die Befragten mit dem ambulanten Gesundheitssystem trotz verschiedener Schwierigkeiten zufrieden.

Verbesserungsvorschläge wurden in den Bereichen „Umgang mit dem Patienten“, „bauliche Gegebenheiten“ und „Informationen“ gemacht. Dabei wünschen sich die Befragten eine Schulung für das Praxisteam und eine bessere Aufklärung durch den Arzt, was Nebenwirkungen von Medikamenten betrifft. Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Einrichtung der Praxis eine selbstständige Orientierung erleichtern würde.

## 9. Ausblick

Die dargestellten Fragen konnten in der Dissertationsarbeit weitgehend beantwortet werden. Nachfolgend werden zahlreiche Ansatzpunkte für weiterführende Studien dargestellt.

Von allen Sehbehinderten und Blinden wurde angesprochen, dass sowohl die Ärzte als auch die Arzthelferinnen sehr unsicher im Umgang mit Patienten mit eingeschränktem Sehvermögen sind und die Raumgestaltung der Praxis nicht an ihre Bedürfnisse angepasst ist. Es wäre also wünschenswert zu prüfen, warum eine Umsetzung der barrierefreien Praxis scheitert und warum Schulungsprogramme nicht genutzt werden. Dies könnte durch eine qualitative Befragung in Arztpraxen herausgefunden werden.

Eine quantitative Befragung, welche die Ursachen der Erblindung berücksichtigt, sowie den Einfluss von Alter, Geschlecht, sozialen Status etc. auf die Erfahrungen von Blinden und sehbehinderten Patienten untersucht wäre eine weitere Forschungsmöglichkeit.

Des Weiteren wäre es interessant herauszufinden, welchen Einfluss die Facharztwahl auf den Aspekt der barrierefreien Arztpraxis hat. Dabei könnte die Frage geklärt werden, ob z.B. die Praxiseinrichtung von Augenärzten eher an die Bedürfnisse von Blinden und Sehbehinderten angepasst sind, als die anderer Fachärzte.

Ob Schulungsmaßnahmen des Praxispersonals erfolgreich sind und den Umgang mit Blinden und sehbehinderten Patienten verbessern, könnte in einer prospektiven Studie untersucht werden.

Ein weiterer möglicher Forschungsschwerpunkt ist die Auswertung des entwickelten Unterrichtsmoduls. Dabei könnte geklärt werden, ob die Studenten ein solches als notwendig erachten, ob die Umsetzung und der Inhalt Wissenslücken schließen und damit die 4 Fachkompetenzen der Studierenden gesteigert werden konnten.

Dies sind nur einige Punkte, die verdeutlichen wie groß der Forschungsbedarf bezüglich des Themas immer noch ist.

## 10. Literaturverzeichnis

- anderes Sehen e.V. (September 2011). *anderes-sehen.de*. Abgerufen am 07. Juli 2017 von <https://www.anderes-sehen.de/akustische-orientierung-mobilitat/klicksonar-ermoeeglicht-einem-blinden-menschen-die-detaillierte-wahrnehmung-der-umgebung/>
- Böcken, J., & Marstedt, G. (01. Januar 2014). Wie gut ist die hausärztliche Versorgung? Patientenurteile und Einflussfaktoren. *Gesundheitsmonitor 2014* , S. 132-155.
- Böcken, J., Braun, B., & Meierjürgen, R. (2014). Shared decision-makings at the doctor's office: Expectations and reality. *Gesundheitsmonitor 2014* , S. 107-131.
- Baumann, E., & Czerwinski, F. (05. August 2015). Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. *Gesundheitsmonitor 2015* , S. 57-79.
- BBSB. (Dezember 2016). *BBSB- Statistiken*. Abgerufen am 07. Juli 2017 von <http://www.bbsb.org/infothek/statistiken>.
- Betram, B. (Dezember 2005). Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland: Ursachen und Häufigkeit. *Der Augenarzt* (6), S. 267-268.
- Braun, B., & Marstedt, G. (2011). Non-Compliance bei der Arzneimitteltherapie: Umgang, Hintergründe, Veränderungswege. (B. Stiftung, Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2011* , S. 56-77.
- Bundeskompetenzzentrum Barrierfreiheit. (2012). *Leitfaden für blinde und sehbehinderte Menschen*. Abgerufen am 10. Juli 2017 von <http://wegweiser-barrierefreiheit.de/din-normen/din-en-81-70---aufzuege/din-en-81-70.html>
- Castro, S., Lefevre, F., Lefevre, A., & Cesar, C. (Februar 2011). Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev. Saude Publica* , 45 (1).
- DBSV. (2016). *Bodenindikatoren*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- DBSV. (2008). *Klartext! Barrierefreie Gestaltung von schriftlichen Informationen*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- DBSV. (2016). *Kontrastreiche Gestaltung öffentlich zugänglicher Gebäude*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- DBSV. (2012). *Sehbehinderung im Alter*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- DBSV. (2012). *Sehende Begleitung*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- DBSV. (2017). *Zahlen und Fakten*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- Degenhart, C. (Oktober 2014). Zeitgemäß und Zukunftsorientiert- die barrierefreie Arztpraxis. *Bayrisches Ärzteblatt* , S. 534-535.

- Eiler, D. (2013). *Mimikresonanz*. Paderborn: Junfermann.
- Elste, F., & Diepgen, T. (22. Februar 2002). Die Arztpraxis im Internet: Werbung und Marketing in den neuen Medien. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (8), S. 488-490.
- Faust, V., & Sandner, J. (2010). *GESPRÄCHS ART* (1. Auflage Ausg.). Köln: Gebrüder Kopp GmbH&Co KG.
- Finger, R., Bertram, B., & Wolfram, C. (9. Juli 2012). Blindness and visual impairment in Germany- a slight fall in prevalence. *Deutsches Ärzteblatt* (109), S. 27-28.
- Friedrichs, J. (1973). *Methoden empirischer Sozialforschung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Geraedts, M. (2008). Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche. *Gesundheitsmonitor 2008*.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Netherlands: VS.
- Höld, R. (2009). *Zur Transkription von Audiodateien*. Wiesbaden: Gabler.
- Hart, P., Johnston, A., & Jackson, A. (30. Januar 2012). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *BMJ*.
- Hopper, S., & Fischbach, R. (14. August 1989). Patient-physician communication when blindness threatens. *Patient Educ Couns.*, 14 (1), S. 69-79.
- Johnston, A., & Jackson, A. (30. Januar 2012). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *BMJ*.
- KBV. (2016). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*. Berlin.
- Kercher, J. (2001). *Grundlagen nonverbaler Kommunikation*. GRIN Verlag.
- Khan, A., & Simon, S. (Oktober 2011). Low-vision education for the helath care workforce:strategy to create a vision-friendly hospital. *WMJ*, 110 (5), S. 243-6.
- Kowal, S., & O'Connell, D. (2007). *Zur Transkription von Gesprächen*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Kromrey, H. (2006). *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart: Lucius&Lucius.
- Little, P. (24. Februar 2001). Preferences of patient centered approach to consultation im primary care. *BMJ*, 322 (7284), S. 468-72.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. Auflage Ausg.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P., & Brunner, E. (2009). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Gabler.

- Meyer, K. (12. Oktober 2017). *bsbh.org*. Abgerufen am 2017 von Sehschädigung als Lebenserschwerung.
- MIAMED. (10. Oktober 2017). Amboss- Augenheilkunde. (G. MIAMED, Hrsg.) Köln.
- Monning, A. (März 2015). Barrierefreie Praxis- Investieren lohnt sich. *Deutsches Ärzteblatt* (112), S. 38.
- O'Day, B., Killeen, M., & Iezzoni, L. (September- Oktober 2004). Improving health care experiences of persons who are blind or have low vision: suggestions from focus groups. *Am J Med Qual.* (19), S. 193-200.
- Osterloh, F. (29. April 2016). Barrierefreiheit- Regierung will Praxisumbau fördern. *Deutsches Ärzteblatt*, 113 (17), S. A812.
- Pascual-Leone, A., & Hamilton, R. (2001). The metamodal organization of the brain. *Progress in brain research* (134), S. 427-45.
- Philipp, S. (2003). *Kommunikationsstörungen in interkulturellen Erst-Kontakt-Situationen- eine kommunikationspsychologische Untersuchung zu Attributionen und Verhalten in interkultureller Kommunikation*. Jena: IKS Garamond.
- Prof. Röder, B. (Mai 2005). Worin sind Blinde Sehenden überlegen? *Psychologie heute*, 44. (T. Saum-Aldehoff, Interviewer)
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etyále, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G., et al. (November 2002). Global Data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*, 82 (11), S. 844-51.
- Richter-Kuhlmann, E. (08. Mai 2015). Kommunikation von Ärzten- Renaissance eines Nischenthemas. *Deutsches Ärzteblatt* (19), S. 850-851.
- RKI. (2012). *Geda- Gesundheit in Deutschland aktuell*.
- Rockenbach, K., Decker, O., & Stöbel-Richter, Y. (2006). *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Lengerich: Pabst.
- Rote Liste Service. (2017). *patienteninfo-service.de*. Abgerufen am 8. 10 2017
- Rothe, M., Benedikt, G., Schäfer, R., Wilke, S., Henningsen, P., Sauer, N., et al. (2006). Die Arzthelferin und der schwierige Patient. Eine qualitative Studie zu mentalen Konstrukten bei Arzthelferinnen über schwierige Patienten in der Hausarztpraxis. *Psychother Psych Med*, S. 56-A79.
- Schied, M. (2013). *Schulpraktische Studien im Rahmen der Lehrerbildung. Konzeptionalisierung und Evaluierung nach dem Gmünder Modell*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

- Schoen, C., Osborn, R., Phuong, T., Doty, M., & Fenley, J. (2005). *The Commonwealth Fund 2005 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Six Countries*. CWF.
- Schulze, H. (2003). *Sehbehinderten und blinden alten Menschen professionell begegnen und helfen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Scott, A., & Vick, S. (Mai 1999). Patients, doctors and contracts: an application of principal-agent theory to the doctor-patient relationship. *Scottish J Polit Econ* , 46 (2), S. 111-134.
- Smeltzer, S., Ott, B., Zimmermann, V., & Duffin, J. (Mai- Juni 2010). Healthcare experiences of woman with visual impairment. *Clin Nurse Spec.* , 24 (3), S. 149-53.
- Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V. (2017). *praxis-tool-barrierefreiheit.de*. Abgerufen am 17. 10 2017
- Stiftung Gesundheit. (2016). *Vorkehrungen der Barrierefreiheit bei Ärzten in Deutschland*. Hamburg.
- Streich, W., Klemperer, D., & Butzlaff, M. (2004). Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. *Gesundheitsmonitor 2004* , S. 88-100.
- TBSV. (2011). *Leitfaden- Tipps für den Umgang mit blinden und sehbehinderten Patienten und Patientinnen*. (TBSV, Hrsg.) Tirol.
- Thüringer Allgemeine. (20. April 2010). *Thüringen erhöht Blindengeld*. Abgerufen am 01. Juli 2015 von <http://www.thueringer-allgemeine.de/web/zgt/politik/detail/-/specific/Thueringen-erhoert-Blindengeld-1260931019>
- Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz , S.-H. (Oktober 2014). *datenschutzzentrum.de*. Abgerufen am 2017
- von Dyck, H. (2017). *Nicht so-sondern so*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.
- Wallenfels, M. (21. 04 2016). Im Spannungsfeld von Nutzen und Investitionskosten. *ÄrzteZeitung* .
- Watzlawick, P. (2016). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (13. Auflage Ausg.). Bern: Hogrefe.
- Wensing, M., Jung, H., Mainz, J., Olsen, F., & Grol, R. (November 1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* , 47 (10), S. 1573-88.
- Wilcke, R., & Lewerenz, I. (2011). *Leitfaden "Führen und Stützen"*. (DBSV, Hrsg.) Berlin.



## 11. Anhang

### 11.1 Einverständniserklärung

#### Einwilligungserklärung

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der medizinischen Promotion von Katja Hebestreit zum **Thema: *Erfahrung blinder Patienten / Sehbehinderter in Thüringen im ambulanten Gesundheitssystem*** erfolgenden Aufzeichnung von Studiendaten und ihrer pseudonymisierten Weitergabe einverstanden bin. Ich kann jeder Zeit ohne Angaben von Gründen von der Teilnahme an der Untersuchung zurücktreten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Angaben und Auskünfte vertraulich behandelt werden.

#### Studienteilnehmer:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Doktorandin:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 11.2 Interviewleitfaden

### Fragestellung 1: Demographische und allgemeine Fragen

- Wie alt sind sie?
- Was machen sie beruflich? Welcher Tätigkeit gehen sie im Alltag nach?
- Sind sie privat oder gesetzlich versichert?
- Wie oft gehen sie ca. jährlich zum niedergelassenen Arzt?
- Zu welchen niedergelassenen Ärzten gehen sie regelmäßig?

### Fragestellung 2: Zugang zu Ärzten

- Wie gelangen sie zu den Einrichtungen? (Transportmittel, öffentliche Verkehrsmittel...) Gibt es Probleme bei der Anfahrt?
- Wie empfinden sie den Zugang zu den Praxen? (Beschilderung, Parken...)
- Wie empfinden sie die Ausstattung der Praxis in Bezug auf die Räumlichkeiten? Wie finden sie sich in der Umgebung zurecht? Wie wird ihnen geholfen sich zurecht zu finden?
- Wie zufrieden sind sie mit der Terminvergabe? Gibt es ein Erinnerungssystem für Termine? Wie behalten sie den Überblick über Termine?

### Fragestellung 3: Kommunikation/ Gesprächsatmosphäre

- Wie empfinden sie die Gesprächsatmosphäre am Empfang?
- Wie empfinden sie die Gesprächsatmosphäre im Wartezimmer? Wie ist der Umgang in Bezug auf Diskretion z.B. beim Ausfüllen von Formularen?
- Wie empfinden sie die Gesprächsatmosphäre im Untersuchungsraum
  - Beim Erfragen aktueller Beschwerden?
  - Bei der Behandlung/ Untersuchung?
  - Der Besprechung der Diagnose/ Ergebnisse der Untersuchung?
  - Der Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten?
- Welche Erfahrungen haben sie mit Rezepten, Medikamentenverschreibungen, Überweisungen?
- Ist die Darstellung der Inhalte an ihre Bedürfnisse angepasst?

- Wie bewerten sie allgemein die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte?

#### Fragestellung 4: Zugang zu Informationsmaterial

- Welche Informationsquellen nutzen sie?
- Wie gut gelangen sie an Informationen?
- Sind die Informationsmöglichkeiten ausreichend?

#### Fragestellung 5: Weitere Betrachtungsweisen

- Wie bewerten sie die Qualität des ambulanten Gesundheitssystems?
- Wo sehen sie die größten Probleme?
- Was sind ihre Präferenzen beim Arztbesuch? Was ist ihnen wichtig?

#### Fragestellung 6: Verbesserungsvorschläge

- In welchen Bereichen sehen sie Verbesserungsmöglichkeiten?
- Wie könnte man diese umsetzen?
- Was macht für sie eine gute Praxis aus?

## 11.3 Beispiel für die Kategorienbildung

### Beispiel:

#### **Kategorie „bauliche Gegebenheiten“**

Definition der Kategorie: Hier geht es um alle Aussagen, die sich auf die baulichen Gegebenheiten in der Praxis beziehen.



#### **Unterkategorie „Kontraste“**

Definition der Kategorie: Diese Kategorie umfasst alle Aussagen, die sich auf die Farbgestaltung und Kontraste in der Praxis beziehen.

Tabelle 2: Beispiel für die Kategorienbildung

Fallnr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Ankerbeispiele
P5	Farben heben sich nicht ab	Aussage über Kontraste	Keine Kontraste	P5:“ Das ist wie gesagt alles so eine Farbe, so weiß und vielleicht grau. Alles so ein heller Farbton. Hebt sich nicht so voneinander ab.“
P4	Weißer Wände, Schalter, Türklinken und Rahmen	Aussage über Kontraste	Keine Kontraste	P4:“ Ist natürlich ein bisschen krass, wenn beim Augenarzt weiße Wände sind, weiße Schalter sind und weiße Türklinken und weiße Rahmen.“
P6	Wenig Kontraste	Aussage über Kontraste	Wenig Kontraste	P6:“ Alles so hell, wenig Kontraste [...]“

In der Tabelle wurden die Arbeitsschritte „erste und zweite Reduktion“ zusammengefasst, damit es zu einer übersichtlichen Darstellung kommt.

## **11.4 Danksagung**

Hiermit möchte ich allen danken, die am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Besonders danken möchte ich, Frau Dr. Swetlana Philipp, die meine Doktorarbeit betreut und begutachtet hat. Ihre hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik waren stets eine große Hilfe und haben mich stets positiv beeinflusst und ermutigt.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernhard Strauß danke ich für die Übernahme der Betreuung und das entgegengebrachte Vertrauen.

Danken möchte ich auch den Mitarbeitern des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena für die Hinweise bei der Vorstellung der Dissertationsarbeit im Forschungskolloquium. Für die Mitarbeit bei der kommunikativen Validierung der Kategoriensysteme danke ich Edanur Cüre sowie Edith Kautler.

Ein besonderer Dank gilt dem DBSV Thüringen in Weimar für die Vermittlung der Kontakte und allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen meiner Befragung, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können.

Meinem Mann Dr. Udo Krebs und meinen Töchtern Greta und Martha danke ich von ganzem Herzen, für ihre uneingeschränkte Unterstützung und Motivation, aber vor allem für ihre Liebe, die sie mir jeden Tag entgegenbringen.

Und nicht zuletzt danke ich meiner gesamten Familie, besonders meinen Eltern Petra und Jens Hebestreit, sowie meinen Geschwistern Claudia, Stefan und Christian und meinen Opa Wolfgang Hebestreit, die mir während des langen Studiums stets zur Seite standen.

## 11.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umsetzung der Forschungsfrage im Interviewleitfaden .....	58
Tabelle 2: Beispiel für die Kategorienbildung .....	95

## 11.6 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Hauptursachen von Blindheit und Sehbehinderung .....	8
Abb. 2: Vorkehrungen der Barrierefreiheit bei Ärzten in Deutschland (Stiftung Gesundheit 2016).....	13
Abb. 3: Geschlechtsverteilung unter den Probanden .....	19
Abb. 4 Altersverteilung unter den Probanden .....	19
Abb. 5: Genutzte Verkehrsmittel .....	25
Abb. 6: Erinnerungssystem Termine.....	28
Abb. 7: genutzte Informationsquellen .....	43
Abb. 8: genutzte Hilfsmittel .....	45
Abb. 9: Verbesserungsvorschläge der Probanden.....	49
Abb. 10: Fingerfeedback (Rockenbauch, Decker und Stöbel-Richter 2006).....	83

### **11.7 Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Dr. phil. Swetlana Philipp,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers